

”Toivon et voisin joku päivä elää haavettani ja olla tän yhteiskunnan jäsen – mä en halua olla mikään suuri ihminen, vaan pieni ihminen kuitenkin, yksi muurahainen siinä kasassa.”

**Laadullinen tutkimus sairauden merkityksistä
kaksoisdiagnosoitujen aikuisten elämässä**

Meri Rientamo
Pro gradu – tutkielma
Sosiaalityö
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos
Joulukuu 2015

RIENTAMO, MERI: ”Toivon, että voisin joku päivä elää haavettani ja olla tän yhteiskunnan jäsen – mä en halua olla mikään suuri ihminen, vaan pieni ihminen kuitenkin, yksi muurahainen siinä kasassa.” – Laadullinen tutkimus sairauden merkityksistä kaksoisdiagnooitujen aikuisten elämässä

Pro gradu – tutkielma, 88 sivua, 2 liitettä

Tutkielman ohjaajat: Aini Pehkonen, yliopistonlehtori & Leena Leinonen, yliopisto-opettaja

Joulukuu 2015

Avainsanat: sosiaalityö; kaksoisdiagnoosi; sairauden merkitykset

Kaksoisdiagnosoidut, eli samanaikaista mielenterveydenhäiriötä sekä päihdehäiriötä sairastavat ihmiset, ovat palvelujärjestelmässä hankalassa asemassa kahden hoidettavan sairauden vuoksi. Tutkimuksien mukaan kaksoisdiagnosoiduilla on hankaluuksia useilla eri elämänalueilla. Yhteys kognitiivisiin vaikeuksiin, elämänlaadun heikkenemiseen, leimautumiseen, sosiaalisten suhteiden puutteeseen, kodittomuuteen ja työttömyyteen on tunnistettu. Tutkimukseni tarkoituksena on tutkia sairauden fyysisiä, psyykkisiä, psykososiaalisia ja sosiaalisia merkityksiä kaksoisdiagnooitujen aikuisten elämässä. Haluan tuoda tutkimuksellani esiin ne laajat ongelmat, joiden kanssa kaksoisdiagnosoidut joutuvat kamppailemaan sairautensa vuoksi. Tutkimus kiinnittyy löyhästi fenomenologiseen tutkimukseen. Tutkimuksen empiirisen aineiston muodostaa kuusi yksilöhaastattelua. Haastateltavien sukupuolijakauma jakautui tasan eli kolme miestä ja kolme naista. Haastattelut toteutettiin löyhästi strukturoituina teemahaastatteluina.

Tutkimukseni tulokset osoittivat psyykkisten ja sosiaalisten merkitysten suuren määrän sairaan elämässä. Haastateltujen tunnemaailma kuvautui hyvin sekavana, joko useiden eri tunteiden sekamelskana tai toisessa ääripäässä tunteettomuutena. Päihteiden ja mielialan suhde tunnistettiin ja sairauksien vaikutus toisiinsa oli erityisen paljon ongelmia tuottava. Sairauksien oireet vaikuttivat arkeen ja arjen sujumiseen. Kotoa poistuminen oli hankalaa pelkotilojen vuoksi ja asioiden hoitaminen vaikeutui. Sosiaaliset ongelmat olivat edustettuna laajassa kirjossa. Haastatelluilla esiintyi työttömyyttä, taloudellisia ongelmia ja velkaantumista, rikollisuutta ja asunnottomuuden uhkaa. Sosiaaliset suhteet olivat vähäisiä ja yksinäisyyttäkin esiintyi. Erittäin merkittävä tutkimustulos oli, että kaikilla haastatelluilla oli jossain elämän vaiheessa esiintynyt itsemurha-ajatuksia tai yrityksiä.

Palvelujärjestelmämme ei josta hankalissa sairaustapauksissa. Asiakkaille on usein tarjota vain lyhyitä hoito- ja kuntoutusjaksoja, joista kaksoisdiagnosoidut eivät hyödy kuin lyhyen aikaa. Pitkäaikaista laitoshoidoa tulisi pystyä tarjoamaan paremmin. Sosiaalityön rooli näyttäytyi kaksoisdiagnooitujen hoidossa liian vähäisenä. Rooli oli lähinnä taloudellista tukemista, eikä sosiaalityön interventioista ollut paljoa mainintoja. Moniammatillinen yhteistyö, integroitu hoito ja sosiaalityön tukevampi ja ohjaavampi rooli kaksoisdiagnooitujen hoidossa on tarpeen.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences, Social Work

RIENTAMO, MERI: "I hope I can live my dream one day and be part of this society – I don't want to be a big person, I just want to be an ant in the anthill." – A qualitative study about meanings of illness in dually diagnosed adult's life

Master's thesis, 88 pages, 2 appendices

Advisors: Aini Pehkonen, university lecturer & Leena Leinonen, university teacher

December 2015

Key words: social work; dual diagnosis; meanings of illness

Dually diagnosed means people, who has mental illness and substance use disorder at the same time. They have really bad situation in our service system because they have two disorders that needs to be taken care of at the same time. Studies show that dually diagnoses people meet problems in many different sectors of life. Cognitive dysfunction, low quality of life, stigma, a lack of social networks, homelessness and unemployment makes dually diagnosed adults life difficult. My research aim to show what kind of physical, psychical, psychosocial and social meanings of illness there are in dually diagnosed adult's life. With my study I want to show the large field of problems that dually diagnosed meet in their lives. My study sticks loosely to phenomenological study. Data has been collected by theme interviews as solo sessions. There are six interviews in my data. Three participants were men and three were women. Analysis was based on the content analysis.

My study shows that psychical and social meanings of illness were the most effective groups. Still there were meanings in every group in my study. Every participant~~s~~ had suicidal thoughts or attempts. Participant's emotions were complicated. Either they had severe different emotions at the same time or they felt nothing. Substance abuse and mood were connected and two disorders affected to each other. Symptoms of the disorders had an impact on everyday life. Participants felt fear and they couldn't leave the house and take care of things for example in bank. Social problems were represented in many different ways. Participants had unemployment, financial problems and debts, criminality and threat of homelessness. Social networks were scarce and someone was all alone.

Our service system is not elastic for people like dually diagnosed. Costumers get only short periods of rehabilitation. Dually diagnosed doesn't benefit from short rehabilitations because they definitely need long-term institutional and polyclinical care. Social work seemed to be only financial supporter and social work's role was way too small in rehabilitation process of dually diagnosed. Network of multiple professionals, integrated care and bigger role of social work is needed that dually diagnosed get that kind of care they need.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 SAIRASTUMINEN YKSILÖLLISENÄ JA SOSIOKULTTUURISENA ILMIÖNÄ.....	7
2.1 Sairastuminen yksilöllisenä ilmiönä	7
2.2 Sairauteen reagoiminen ja sille annetut merkitykset	8
2.3 Sairastumisen sosiokulttuurinen ulottuvuus	11
3 KAKSOISDIAGNOOSI.....	13
3.1 Kaksoisdiagnoosin määrittely, esiintyvyys ja selitysmallit.....	13
3.2 Kaksoisdiagnoosin vaikutukset elämään	18
3.2.1 Muutokset kognitiivisissa kyvyissä	19
3.2.2 Psykososiaaliset vaikutukset	21
3.2.3 Sosiaaliset ongelmat.....	26
3.3 Palvelujärjestelmä kaksoisdiagnoosin hoidossa	31
3.4 Sosiaalityön rooli kaksoisdiagnoosin hoidossa	34
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	38
4.1 Tutkimuksen metodologiset valinnat	38
4.2 Aineiston keruu ja analyysi	40
4.3 Holistinen ja systemaattinen ihmiskäsitys kategorisoinnin apuna.....	42
4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	49
5 TUTKIMUSTULOKSET	51
5.1 Sairauden fyysiset merkitykset	51
5.2 Sairauden psyykkiset merkitykset.....	53
5.2.1 Kuolemaan liittyvät	53
5.2.2 Sairauden käsittely	54
5.2.3 Toimintakyky	56
5.2.4 Tunnemaailma	56
5.2.5 Päihteen ja mielialan suhde	59
5.2.6 Sairaana identiteetti	61
5.3 Sairauden psykososiaaliset merkitykset.....	62

5.3.1 Arki	62
5.3.2 Hallinta, kontrolli	63
5.4 Sairauden sosiaaliset merkitykset.....	65
5.4.1 Sosiaaliset suhteet ja ympäristö.....	65
5.4.2 Sosiaaliset ongelmat.....	69
5.4.3 Suhde yhteiskuntaan	70
5.5 Yhteenveto sairauden merkityksistä kaksoisdiagnosoitujen aikuisten elämässä	72
6 POHDINTA.....	74
LÄHTEET	78
LIITTEET	82
Liite 1, kutsu tutkimukseen	82
Liite 2, suostumus aineiston käyttöön	83

KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1: Mallit kaksoisdiagnoosin syntymisestä nojaten Reedyn & Kobayashin (2012) tutkimukseen.....	17
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Kuvio 2: Yhteenveto sairauden merkityksistä kaksoisdiagnosoitujen aikuisten elämässä.....	72
----------------------------------------------------------------------------------------------	----

Taulukko 1: Aineiston kategorisointi.....	48
-------------------------------------------	----

1 JOHDANTO

”Pidämme hullua hulluna, koska hänen maailmansa on meille suljettu; se on arvoitus ja mysteeri. Meidän on vaikeaa, jopa mahdotonta, eläytyä hulluna pitämämme ihmisen tunteisiin ja ajatusmaailmaan. Hulluhan ei noudata kirjoitettuja tai kirjoittamattomia sääntöjämme. Hän kieltäytyy osallistumasta. Hän ei kommunikoi kuten me muut. Hän ei vastaa kysymyksiimme tai vastaa silloin, kun emme kysy. Hän seurustelee meille olemattomien olentojen, ilmiöiden ja äänten kanssa, mikä tekee hänen käytöksensä meille ”normaaleille” ahdistavaksi ja pelottavaksi. Hullu näkee ja kuulee sellaista mitä me muut emme näe tai kuule. Sen sijaan hän ei ole näkevinään tai kuulevinaan kaikkea sitä mitä me näemme ja kuulemme.” (Andersson 2003, 29–30.)

Anderssonin toteamus hulluuden arvoituksesta ja mysteeristä aloittaa tutkielmani kaksoisdiagnoosin ja sairauden merkitysten maailmaan oivallisesti. Tutkimukseni kohteena ovat kaksoisdiagnosoidut, eli ihmiset, jotka kärsivät samanaikaisesti sekä vakavasta mielenterveysongelmasta että päihderiippuvuudesta. Kiinnostukseni kaksoisdiagnoosiin kumpuaa ammatillisesta intohimostani moniongelmaisuuksia kohtaan – olen usein todennut opinnoissa ja työelämässä ”mitä ongelmaisempi tapaus, sitä mielenkiintoisempi”. Ehkä valmistuvana sosiaalityön opiskelijana toivoo ”parantavansa” ihmisen ja haastavuus ei ole pahitteeksi, jotta voi ylittää itsensä.

Kaksoisdiagnoosi ja siihen liittyvät mielenterveyden häiriöt ovat kiinnostavia myös niiden stigmaisuuksien vuoksi. Mielenterveys on ollut läpi historian pelottava ja peiteltä asia, jopa tabu. Antiikin maailmassa (700–500 eaa.) hulluus oli jumalien tai pahojen henkien aikaansaannosta; ihmisiin tyytymättömät ja vihastuneet jumalat olivat hanakoita sekoittamaan rangaistukseksi ihmisten mielet. Keskiajalla kirkkoisä Augustinus (354–430) vaikutti paljon sen ajan hulluuskäsitykseen jakamalla sairaudet luonnollisiin ja demonien aiheuttamiin. Jos ihminen oli sairastunut demonien riivaamana, parannettiin häntä uskonnon avulla eli rukoilemalla tai pyhimysten ja pyhänjäännösten ihmeparannuksilla. Paholaista yritettiin ajaa riivatusta ulos myös manaamalla ja ruoskimalla. Keskiajalla mielisairaus ja hulluus oli jaettu kuitenkin kahtia; oli olemassa niin sanottua hyvää ja huonoa hulluutta. Hyvän hulluuden nähtiin olevan yhteydessä Jumalaan ja esimerkiksi ekstaasiin vaipuminen, kielillä puhuminen,

profetointi ja näkyjen näkeminen olivat merkkejä jumalallisesta hulluudesta. Keskiajan Euroopassa hulluuteen reagoitiin melko yksioikoisesti: työkyvyttömät hullut suljettiin yhteisön ulkopuolelle tai heidät kahlittiin tai viskattiin maakuoppaan. Sydänkeskiajalla alettiin kuitenkin perustaa suojakoteja rammoille, sairaille, halvaantuneille ja myös jossain määrin mielisairaille. Myös Suomessa näitä Pyhän hengen huoneita perustettiin Turkuun 1300-luvulla ja Viipuriin 1400-luvulla. Keskiajalla ei varsinaisia sairaaloita ollut ja lääketiede oli lähinnä magiaa. Sydänkeskiajalla (1200-luvulla) kuitenkin tilanne alkoi muuttua ja yliopistoihin perustettiin ensimmäiset lääketieteelliset tiedekunnat. (Pietikäinen 2013, 25–35.)

Hulluuden historiassa 1300–1500-luvulla vallitsi neljä merkittävää hulluuteen liitettyä ilmiötä, jotka kertovat sen ajan elämästä ja mentaliteetista: tanssimania, paholaisen riivaukset ja manaukset, noituus sekä narrius. Hulluuden käsitettä käytettiin paljon ja värikkäästi ja hulluuteen liittyi hyvin kiivasta paatosta. Myös Martti Luther viljeli hulluutta paljon puheissaan ja hänelle hulluus ja syntyisyys olivat hyvin lähellä toisiaan. Myöhäiskeskiajalla termiä ”hulluus” yritettiin kuitenkin jo vältellä, koska se oli siihen aikaan jo oikeudellinen termi. Henkisessä hädässä olleet kiersivät hulluuden termin kutsumalla itseään koettelemusten, melankolian, arkuuden, epätoivon ja demonien riivausten uhreiksi. Hulluiksi leimattuja kontrolloitiin sosiaalisesti, koska hulluuteen liitettiin väkivalta ja raivoilu. Kontrollin keinoja olivat esimerkiksi kahlehtiminen, omaisuuden menetys ja holhouksenalaisuus. (Pietikäinen 2013, 39–40.)

1600-luvulla eurooppalainen ihmiskuva alkoi muuttua ja ihmisen rationaalisuutta, autonomiaa ja erillisyyttä alettiin korostamaan. Hulluus muuttui arkisemmaksi ja inhimillisemmäksi rationaalisen ihmiskuvan läpimurron myötä (noin vuosina 1650–1750). Uusi käsitys ei kuitenkaan tarjonnut uusia hoitomuotoja mielisairauksien hoitoon vaikkakin manauksista, rukouksista, piiskaamisesta, kuppauksesta ja erilaisista ulostuslääkkeistä pikkuhiljaa luovuttiin. Hulluus oli käsitteenä edelleen erittäin laaja-alainen sisältäen kirjavan joukon erilaisia käyttäytymistapoja, merkityksiä ja tulkintoja. 1800-luvulla hulluus muuttui medikaaliseksi mielisairaudeksi, jota alettiin jakaa eri sairausnimikkeisiin. Tämän myötä myös yksilökeskeisyys ja psykologisuus nousivat merkittävämmiksi. Medikalisoitumisen myötä mielisairaalalaitosten, psykiatrien, diagnostiikan, teknologian ja sairausteorioiden merkitys mielisairauden hoidossa korostui ja on vaikuttanut tähän päivään saakka. (Pietikäinen 2013, 64–65.)

”Viikot kuluivat ja sain voimani takaisin, mutta en edelleenkään kyennyt muistamaan kuka olin tai kuinka päädyin sinne lukkojen taakse valtavaan outoon rakennukseen. ... Ovet olivat aina lukossa. Kun sairaanhoitajat kävelivät ohi, saattoi kuulla heidän vyötäröillään kilisevät avaimet. En ole koskaan ollut niin peloissani, kadoksissa, yksinäinen ja hylätty.” (Porter 1991, 208.)

Tämä lainaus mielisairaalassa hoidossa olleelta kertoo paljon laitosten ongelmista, joita on nähtävillä myös nykypäivänä. Jo mielisairaaloiden alkuaikoina ongelmina olivat resurssien ja valvonnan puute. Valtiot eivät luoneet tarpeeksi tiukkoja lakeja laitosten toiminnalle eikä lakien noudattamistakaan oikeastaan valvottu. Lääkärit saivat tehdä mitä tahtoivat, eikä johtoporras siihen puuttunut. Lääkärit eivät myöskään valvoneet hoitajien toimintaa. Jos hoitovirheitä tapahtui, lakaistiin ne maton alle ja lääkärien mainetta suojeltiin kaikin tavoin. Oudot, sekavasti käyttäytyvät ihmiset, pelottavat komentelijat henkilökunnassa, lukitut ovet, kalteroidut ikkunat, huuto, vastenmieliset hajut ja muut laitokseen kuuluneet epämiellyttävät asiat tuntuivat olleen potilaiden harhojen toteen käymistä. Jo 1800-luvun puolivälissä Englannissa huomattiin potilaiden tulevan ”koneen osaksi” suurissa hoitolaitoksissa. Hullujen sopeuttaminen sääntöihin ja kuriin oli hallinnollinen taidonnäyte eikä potilaiden terveyden ja itsenäisen elämän edesauttaminen ollut hoitolaitosten tarkoitus. Väkivallan uhka oli jatkuvasti ilmassa kun ”hullujen ja normaalien” yhteiselo laitoksissa ei toiminut. Kommunikoinnin vaikeus henkilökunnan ja potilaiden välillä oli todellinen ongelma. Pelko oli yleinen tunnelma hoitolaitoksissa kun päälle karkaukset, lyöminen, uhkailu, itsemurhat ja itsemurhayritykset olivat arkipäiväisiä. (Pietikäinen 2013, 187–189.)

1800-luvun mielisairaalahoido ei paljoa tunnu eroavan nykypäivän laitoshoidosta. Paljon puhuttu laitostuminen on todellinen ongelma, koska ihmisen yksilöllisyys ja itsenäinen pärjääminen hitaasti rapistuu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Resurssien puute on nykyaikana myös totta, mutta valtion valvontaa on kuitenkin kiristetty. Rajuja ihmisoikeusrikkomuksia ei nykypäivän laitoshoidossa voi tapahtua valvonnan ja koulutuksen vuoksi.

Tämän lyhyen historiakatsauksen myötä onkin hyvä siirtyä nykyaikaan ja kaksoisdiagnosoitujen sairauden merkityksiin. Aloitan tämän tutkielman tarkastelemalla sairastumista yksilöllisenä ja sosiaalis-kulttuurisena ilmiönä. Sen jälkeen avaan

tutkimuskirjallisuuden avulla kaksoisdiagnoosia sairautena ja sen merkityksiä sairaan ihmisen elämälle. Tutkimuksessani olen keskittynyt sairauden merkityksiin ja vastaan tutkimuksessani kysymykseen ”*Mitä merkityksiä sairaudella on kaksoisdiagnosoitujen aikuisten elämässä?*” Tutkimustulosten esittelyn jälkeen vedän yhteen tärkeimmät tulokset, pohdin tutkimustuloksia suhteessa nykyaikaiseen mielisairausajatteluun ja sosiaalityöhön sekä tuon esiin toimenpide-ehdotuksia.

2 SAIRASTUMINEN YKSILÖLLISENÄ JA SOSIOKULTTUURISENA ILMIÖNÄ

2.1 Sairastuminen yksilöllisenä ilmiönä

Terveyden menettäminen pelottaa meitä kaikkia, vaikka terveyttä tuskin tuleekaan ajateltua päivittäin – se on jotain, joka on olemassa ja joka toimii. Mutta mitä sitten jos se ei toimikaan ja sairastun? Pystynkö elämään enää normaalisti, ovatko ihmiset enää ympärilläni, sattuuuko minuun.. Kuolenko?

Hietanen (2013) toteaa sairauden tulevan yleensä yllätyksenä ja järkyttävän ihmisen mielen tasapainoa. Sairaus myös aiheuttaa uusia, vahvoja tunteita, jotka voivat vaihdella nopeastikin. Mieleemme on rakentunut suojaamaan meitä tulevilta vastoinkäymisiltä ja tunnemme olevamme turvassa, kun emme ajattele edessämme olevia sairauksia taikka kuolemaa. Sairastuessamme ymmärrämme elämän rajallisuuden ja tunnemme menettävämme hallinnan. Tunnemme epävarmuutta, masennusta, ahdistusta ja pelkoa. Varsinkin sairauden alkuvaiheessa vahvat tunteet voivat hankaloittaa toimintakykyämme, jolloin jokapäiväinen toiminta vaikeutuu. Alkujärkytyksen jälkeen mieli yrittää päästä takaisin tasapainoon ja alkaa mielen sisäinen työskentely. Ihminen pohtii ja järkeilee tapahtunutta, yrittää löytää selitystä ja antaa sille merkityksiä. Kelataan taaksepäin elämää – mitä on jo koettu ja mikä jäi kokematta, mitä tahtoisin vielä kokea ja mitä voisin elämältä vielä toivoa? Samalla palataan tarkastelemaan sairautta eri näkökulmista, josko sieltä löytyisi toivon kipinä, jonka avulla jatkaa eteenpäin. Näin tuodaan mieleen järjestystä ja elämään mielekkyyttä, vähennetään sairauden psykologista painolastia. (Hietanen 2013, 79–80.)

Sairauteen totuttelemisen ja uuteen tilanteeseen sopeutuminen on yksilöllistä ja jokainen tekee sen omalla tavallaan, omassa tahdissaan. Edellytykset mielensisäiseen luovaankin työskentelyyn ovat kaikilla erilaiset. Toiset kokevat toiminnalliset keinot parempina ja esimerkiksi jatkavat työskentelyä ja muita aktiviteetteja jopa lähelle kuolemaa saakka. Toiminnalla saa ”lomaa” sairastamisesta kun voi ajatella jotain

muuta. Toiset yhdistävät mielensisäistä työskentelyä ja toiminnallisia keinoja ja kykenevät vuorottelemaan niitä itselle sopivissa jaksoissa. (Hietanen 2013, 79–80.)

Mielensisäisellä työskentelyllä elämälle löydetään uudenlaisia merkityksiä. Jotkut ovat kuvailleet muutoksen olevan sellaista, että kaikki, mikä ennen tuntui tärkeältä, ei enää olekaan sitä. Sen sijaan ne asiat, jotka ennen eivät tuntuneet merkityksellisiltä, tulevatkin tärkeiksi ja saavat uutta sisältöä. Aiemmat murheet ja huolet tuntuvat yhtäkkiä mitättömiltä, koska sairaus on aiempia ihmissuhde- ja työhuolia merkittävästi suurempi. Sen vuoksi sairaus saattaa paradoksaalisesti vaikuttaa jopa huojentavalta. (Hietanen 2013, 84.)

2.2 Sairauteen reagoiminen ja sille annetut merkitykset

Tutkimusten mukaan ihminen reagoi ruumiilliseen sairauteen psykososiaalisesti sisältäen kognitiivisen, emotionaalisen sekä käyttäytymiseen liittyvän reaktion. Näitä reaktioita syntyy aina kun sairastunut vastaanottaa tietoa sairaudestaan. Tietokanavia on kolmenlaisia; sairauden havainnointi, omat tiedot ja käsitykset sairaudesta sekä tieto, joka tulee ihmisen sosiaalisesta ympäristöstä, erityisesti lääkäriltä. Tietoa tulee tietoisesti sekä tiedostamattomasti ja sen aiheuttamasta kognitiivisesta reaktiosta sairastunut muodostaa sairaudelleen merkityksen. Merkitys saa aikaan emotionaalisen vastineen ja selviytymiskäyttäytymisen. Sairauden merkitys ja sen aiheuttama emotionaalinen vastine sekä selviytymiskäyttäytyminen ovat avaintekijöitä koko sairauden aiheuttamassa psykososiaalisen reaktion ketjussa. Merkityksellä tarkoitetaan tässä kontekstissa sairastuneen subjektiivista tarkoitusta kaikesta siitä sairauteen liittyvästä informaatiosta, jota hän joutuu kohtaamaan (sisältäen siis sairauden havainnoinnin, omat tiedot ja käsitykset sairaudesta sekä sosiaalisesta ympäristöstä tulevan tiedon). Sairastuneen henkilökohtaiset kokemukset, arvot, tiedot, tarpeet ja uskomukset vaikuttavat siihen, miten vastaanotettu tieto prosessoidaan ja merkitys muodostetaan. Reaktioita tapahtuu koko sairauden ajan, mutta merkitykset voivat muuttua sairastuneen kunnon mukaan. Näyttäisi kuitenkin siltä, että yksi merkitys hallitsee ja vaikuttaa sairastuneen tunnereaktioon sekä selviytymiskäyttäytymiseen. (Lipowski 1983, 1069–1070.)

Jotta terveydenhuollon ammattilaiset pystyisivät paremmin ymmärtämään potilaan psykososiaalisia reaktioita ja sairauden merkityksiä, on tutkimuksissa päädytty muutamaankin yleisimpään merkitykseen. Monille potilaille sairaus merkitsee *haastetta tai uhkaa*, kuten mikä tahansa käänne elämässä. Potilaat, joille sairaus merkitsee haastetta, suhtautuvat sairauteen rationaalisesti ja toimivat aktiivisesti sen voittamiseksi. Selviytymiskäyttäytyminen voi olla myös joustavaa niin tilanteen vaatiessa. Potilas usein kieltää tai liioittelee kärsimyksensä. Ne, joille sairaus merkitsee uhkaa, kokevat usein ahdistusta, pelkoa ja vihaa. Käyttäytymisessä nousee esiin taistelu, pakeneminen ja perääntyminen. Ihminen siis kokee sairauden olevan vihollinen. Jotkut kirjaimellisesti jäätyvät pelosta eivätkä uskalla tehdä tarvittavia päätöksiä tai toimia niiden mukaisesti. (Lipowski 1983, 1069–1071.)

Toinen merkitys on *menetys*. Menetys sisältää niin konkreettisen kuin symbolisenkin menetyksen. Konkreettisella menetyksellä tarkoitetaan esimerkiksi ruumiinosan menettämistä, symbolisella sen sijaan esimerkiksi turvallisuuden, mielihyvän ja itseluottamuksen menettämistä. Sairauden myötä itseluottamuksen menettäminen näyttäisi olevan avaintekijä tässä merkityksessä. Normaali tunnereaktio menetykseen on suru. Selviytymiskeinot ovat perääntyminen, huomionhaku, lääkekielteisyys, päihdeongelma sekä itsemurha. (Lipowski 1983, 1069–1071.)

Kolmas merkitys on *hyöty tai helpotus*, jossa potilas voi tuntea pääsevänsä eroon esimerkiksi sosiaalisen roolinsa vaatimista velvoitteista tai hankalasta taloudellisesta tilanteesta. Potilas voi vaikuttaa jopa iloitsevana sairastumisesta eikä usein sitoudu hoitoon, koska ei tahdo parantua. Potilaat usein mielellään menevät ja pysyvät sairaan roolissa. Neljäs merkitys on *rangaistus*, jossa ihminen kokee olevansa syyllinen ja sairastuneensa rangaistukseksi. Hän voi kokea häpeää ja masentuneisuutta, vihaa tai riemua. Jos ihminen kokee ansainneensa rangaistuksen, hän ei useimmiten sitoudu hoitoon tai lääkkeisiin ja antautuu sairaudelle. Jos hän sen sijaan ei tunne ansainneensa rangaistusta, tunteet liikkuvat vihassa ja katkeruudessa ja ihminen voi purkaa tunteitaan esimerkiksi perheenjäseniin ja lääkäreihin. (Lipowski 1983, 1069–1071.)

Merkityksiin vaikuttavia asioita on Lipowskin mukaan neljä: henkilökohtaiset tekijät, ulkoiset sosiaaliset tekijät, sairauteen liittyvät tekijät sekä sosiokulttuuriset ja taloudelliset tekijät. Henkilökohtaiset tekijät, kuten ihmisen persoonallisuus,

aikaisemmat kokemukset ja emotionaalinen tasapaino sairastumisen aikaan, vaikuttavat siihen kuinka sairauteen reagoidaan ja millaisen merkityksen sairaus saa. Henkilökohtaisilla, sisäisillä tekijöillä on myös vaikutusta aiemmin mainittuun mielensisäiseen työskentelyyn, koska se sisältää myös ihmisen kognitiiviset ja psykodynaamiset taidot. Ulkoisilla sosiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan lähinnä sairastuneen tukiverkostoa ja siitä saatua tukea. Siihen voidaan laskea myös potilas–lääkäri-suhde, jolla voi olla hyvinkin suuri merkitys sille, miten sairauteen suhtaudutaan. Sosiaalisesta verkostosta saadulla tuella voidaan suojella sairastunutta, jottei elämässä olisi sairauden aikana enempää stressaavia tekijöitä. (Lipowski 1983, 1071.)

Tietysti sairauden merkitykseen vaikuttaa vahvasti myös itse sairaus. Tärkeää on se, mihin ruumiinosaan sairaus vaikuttaa ja kuinka suuri rooli sairaudella on kehoon nähden. Ruumiinosaan menettäminen tai vammautuminen luo yleensä sairaudelle merkityksen menettämisestä. Ympärillä olevilla ihmisillä ja yhteiskunnalla on usein uskomuksia ja stereotypioita tietyistä sairauksista. Se on seurausta koulutuksesta ja sosiokulttuurisesta taustasta. Esimerkiksi epilepsia ja syöpä kantavat mukanaan sosiaalista stigmaa ja niistä kärsivät ihmiset kokevatkin sairauden usein menetyksenä, uhkana tai rangaistuksena. Jos sairauden kustannukset aiheuttavat sairastuneen elämänlaadun laskemisen tai tavoitteen saavuttamattomuuden, vaikuttaa se hyvin negatiivisesti sairauden merkitykseen ja kokemukseen. (Lipowski 1983, 1071.)

Sairaus vaikuttaa myös ihmisen ruumiinkuvaan. Ruumiinkuvalla tarkoitetaan sitä, miten ihminen ymmärtää ja kokee kehonsa. Ruumiinkuva rakentuu yksilöllisistä ja sosiokulttuurisista tekijöistä ja se voi olla tiedostettua tai tiedostamatonta. (Helman 1994, 12–13.) Se, että voimme ruumiillisesti hyvin, on jokapäiväistä itsearvostusta ja hyvän olon tunnetta elämässä. Sairauteen tai vammautumiseen saattaa liittyä ulkonäön muutoksia; jokin näkyvä ruumiinosa voi muuttua tai sen saattaa menettää kokonaan. Sairaudesta tai vammautumisesta johtuva muutos voi olla myös ulospäin näkymätön, kuten sisäelimiin tai aistihavaintoihin vaikuttavat muutokset. Niilläkin on kuitenkin ihmisen toimintakyvylle suuri merkitys. Ruumiin eri osilla on ihmisille erilainen arvo ja merkitys ja nuo merkitykset voivat vaihdella esimerkiksi iän mukaan. (Peretz 1970, 16.)

Sairauden myötä syntyvillä ruumiillisilla muutoksilla on vaikutusta myös ihmisen minäkuvaan, koska ruumiinkuva ja ruumis ovat yksi osa minäkuvan kokonaisuutta. Minäkuvan eheys on uhattuna sairastettaessa ja taustalla piilee myös kuoleman pelko. Sairastunut voi kokea menettäneensä vapauden ja varmuuden sekä kontrollin omaan elämäänsä. Tällöin puhutaan eksistentiaalisesta yksinäisyydestä - ihminen ei koe olevansa kotonaan omassa ruumiissaan. Eksistentiaalinen yksinäisyys on erottamaton osa vakavaa sairautta. (Toombs 1992, 96.)

2.3 Sairastumisen sosiokulttuurinen ulottuvuus

Ulla Ryyänen (2005) on tutkinut väitöskirjassaan sairastamisen merkitystä ja turvattomuustekijöitä aikuisen ihmisen elämässä. Ryyänen toteaa, että yksilötasolla sekä terveys että turvallisuus rakentuvat objektiivisesta, ulkoisesta tilanteesta ja sisäisestä, kokemuksellisesta olotilasta. Niiden lisäksi mukana ovat aina ihmisen persoonalliset, interpersoonalliset sekä kulttuuriset tekijät. Ryyänen tarkoittaa tällä sairastamisen kokemisen yksilöllisyyttä – sairaushan uhkaa koko ihmisen olemassaoloa, elämää, tulevaisuutta ja ennustettavuutta. Sairastuneen persoonallisuus, ikä, sukupuoli ja elämäntilanne muovaavat paljon sitä, kuinka sairaus koetaan. Sairastuneen ominaisuudet eivät kuitenkaan ole irrallaan sairastamisen sosiokulttuurisista merkityksistä. Nykyaikaisessa maailmassa terveys ja inhimillinen hyvinvointi ovat hyvin paljon kytkeytyneet toisiinsa. Terveydellisestä eriarvoisuudesta sekä sairastamisesta sosiaalisena ongelmana ja yhteiskuntapoliittisena kysymyksenä puhutaan paljon. Uusia sairauksia löydetään koko ajan ja varsinkin hyvinvointivaltioissa hoito- ja tutkimuskeinot ovat hyvin kehittyneitä ja niihin käytetään paljon resursseja. Ikävä kyllä kehittyneet hoitokeinot eivät ole kaikkien ulottuvilla ja saatavilla. Ryyänen pohtii, onko länsimaisessa kulttuurissa alettu liikaa korostaa ihmisen ruumiillisuutta, yksilöllisiä valintoja, vastuuta ja mahdollisuuksia? Onko länsimainen kulttuuri liian terveyskeskeinen? Miten näihin kysymyksiin vastaa sosiaali- ja yhteiskuntapolitiikka, joiden tavoitteena on ihmisen turvattomuuden ja eriarvoisuuden minimoiminen? (Ryyänen 2005, 83.)

Ryyänen (2005) terveyskeskeisyysajattelu sai minut pohtimaan sairauden sosiokulttuurista painolastia ihmiselle. Jos nyky-yhteiskunnassa arvostetaan terveyttä ja

terveellisyyttä, paheksutaanko sitten sairautta? Kuluneena vuotena on paljon ollut pinnalla fitness-urheilu ja kehonrakennus, erilaiset dieetit ja ruokavalioasiat. Tavoiteltu unelmavartalo on lihaksikas ja vähänrasvainen, tiukka ja terveennäköinen. Tätä unelmavartalon metsästystä seurataan televisiossa, internetin keskustelupalstoilla ja sosiaalisessa mediassa. Joillain harrastus tuntuu ikävä kyllä menneen yltiöterveellisyyden puolelle. Ehkä siis ympäröivä yhteiskunta ja siinä toimivat ihmiset luovat sen hetkisen terveystilanteen, jota kaikkien tulisi seurata. Nykyaikana myös ihmisen yksilöllisyys, valinta ja vastuu korostuvat, koska elämme vapaassa maassa. Jos sairaus johtuu omista valinnoista, voiko ihmisen silloin tuomita? Voiko sairaus tuoda mukanaan myös syyllisyyden ja kuinka siitä pääsee eroon?

3 KAKSOISDIAGNOOSI

3.1 Kaksoisdiagnoosin määrittely, esiintyvyys ja selitysmallit

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan vakavaksi luokitellun mielenterveyshäiriön sekä päihdyttävien tai huumaavien aineiden väärinkäytön samanaikaista esiintymistä. Vakavaksi mielenterveyshäiriöksi luokitellaan skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä toistuva tai jatkuva masennus jos sairaus on pysyvä ja heikentää henkilön toimintakykyä. Päihdyttävien tai huumaavien aineiden väärinkäyttö tarkoittaa arkikielisemmin päihdehäiriötä, osoittaen sen tarkoittavan alkoholin tai huumeiden haitallista käyttöä. (Drake 2007, 381.) Päihdehäiriön oireina ovat vaikeudet hoitaa tehtävät töissä, koulussa ja kotona, vaarallisissa olosuhteissa päihteiden käyttäminen, toistuvasti laittomiin toimiin joutuminen ja ongelmat sosiaalisissa suhteissa. Päihdehäiriön kriteerit täyttyvät jos yksi tai useampi edellä mainituista oireista esiintyy. Päihderiippuvuus aiheuttaa vakavampia oireita, kuin päihdehäiriö, jolloin ihminen ei kykene lopettamaan aineen käyttöä, toleranssi nousee, elämänhallinta on heikkoa ja ihminen on pidempää aikoja aineiden vaikutuksen alaisena. (Reedy & Kobayashi 2012, 498.) Nikotiinin ei lasketa kuuluvan päihdyttävien aineiden ryhmään vaikka nikotiiniriippuvuus onkin suuri haittatekijä kaksoisdiagnooitujen terveydessä. Nikotiiniriippuvuuden hoito järjestetään kuitenkin erillään kaksoisdiagnooitujen muusta hoidosta tai jätetään kokonaan huomiotta ja on tämän vuoksi jätetty määritelmän ulkopuolelle. (Drake 2007, 381; Aalto 2007, 1294.)

Yhdysvalloissa 5–7% aikuisväestöstä sairastuu vakavaan mielenterveyshäiriöön joka vuosi (Mental health: a report of the Surgeon General 1999). Yhdysvaltalaisessa ECA-tutkimuksessa selvitettiin kaksoisdiagnoosin esiintyvyyttä ja haastateltiin yli 20 000 henkilöä. Tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosit ovat hyvin yleisiä. Tutkimuksessa todettiin 17 %:n täyttävän päihdehäiriön kriteerit jossain elämänsä vaiheessa. Mielenterveyshäiriöstä kärsivillä kyseinen luku on jopa 29 %. Luvut vaihtelevat eri mielenterveyden häiriöiden mukaan; skitsofreniaa sairastavista 47 %:lla ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista 56 %:lla on myös päihdeongelma. Noin puolet näitä sairauksia sairastavista on jossain elämänsä vaiheessa kaksoisdiagnooituja.

Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että mielenterveyshäiriötä sairastavilla on huomattavasti todennäköisemmin myös päihdehäiriö kuin niillä, jotka eivät kärsi mielenterveyshäiriöstä, ja päinvastoin. (Regier ym. 1990.) Aallon (2007) mukaan on täysi syy olettaa, että myös Suomessa kaksoisdiagnoosien tilanne on samankaltainen kuin Yhdysvalloissa vedoten Pirkolan (2005) tekemään tutkimukseen. Pirkolan ym. (2005) tutkimuksen mukaan psykoosisairauksien elämänaikainen esiintyvyys Suomessa on 3,5 %. Psykoosisairauksista yleisin on skitsofrenia, jonka esiintyvyys on 1 %. (Suvisaari & Perälä ym. 2012.) Samaisen tutkimuksen mukaan 30 vuotta täyttäneillä naisilla masennushäiriön elämänaikainen esiintyvyys on hieman yli 8 % ja miehillä 4,5 %. Alkoholihäiriöstä kärsii miehistä yli 7 % ja naisista noin 1,5 %. (Pirkola & Isometsä ym. 2005.)

Kaksoisdiagnoosin kehittymisestä ja syntymisestä on tunnistettu neljä erilaista mallia. Mallien tuntemisella on merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, jotta voidaan ymmärtää paremmin kaksoisdiagnoosin syntyä sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien vaikutusta toisiinsa. Mallit ovat seuraavat: (1) mielenterveyshäiriö johtaa päihdehäiriöön (”the MHD-leads-to-SUD”) tai itselääkinnänmalli, (2) päihdehäiriö johtaa mielenterveyshäiriöön (”the SUD-leads-to-MHD”), (3) malli kolmannesta tai yhteisestä tekijästä ja (4) yhdistelmämalli. (Reedy & Kobayashi 2012, 498.)

Mielenterveyshäiriö johtaa päihdehäiriöön tai itselääkinnän malli

Itselääkinnän mallissa ihminen lääkitsee mielenterveyshäiriötään päihteillä lievittääkseen oireita. Myöhemmin päihteiden käyttö saattaa johtaa myös päihdehäiriöön. Itselääkinnän malli liitetään yleensä myös oppimisen teorioihin, koska itselääkintä voi olla opittua, kun mielenterveyshäiriöinen huomaa päihteen vaikuttavan oireita lievittävästi. (Reedy & Kobayashi 2012, 499–501.) Itselääkinnän mallia on kuitenkin kritisoitu ja tämän vuoksi on tutkittu, miksi kaksoisdiagnosoidut päihteitä käyttävät. Tutkimuksessa päihteiden käytön syyt on jaettu viiteen osaan: kokeilunhalu, ”pilveen pääseminen”, sosiaalinen/ympäristöllinen, selviytyminen ja epäselvä. Tutkimuksessa selvimmän nousi syiksi sosiaaliset/ympäristölliset syyt, tarkemmin ympäristön normi ja selviytymisen syyt; mielenterveyshäiriön oireista selviytyminen sekä normatiivinen selviytyminen. Vain 11 tapausta 72:sta kertoi käyttäneensä päihteitä lievittämään mielenterveyshäiriön oireita itselääkinnällisesti. Tämän perusteella

itselääkinnän malli ei olekaan ehkä niin yleinen kuin ajatellaan. Tutkimuksessa todetaan, että ammattilaisten tulee tarkasti pohtia, onko asiakkaalla kyseessä itselääkintä vai jokin muu syy päihteiden käytölle. Tulee myös muistaa, että päihteiden käytön syyt vaihtelevat yksilöllisesti sekä mielenterveyshäiriön mukaan. (Henwood & Padgett 2007, 162–164.)

Päihdehäiriö johtaa mielenterveyshäiriöön

Kaksoisdiagnoosin toinen selitysmalli, ”the SUD-leads-to-MHD”, sisältää neljä selittävää hypoteesia. Ensimmäisen hypoteesin mukaan päihteidenkäytöstä seuraa käyttäjälle hankaluuksia ja negatiivisia muutoksia elämässä, jotka aiheuttavat mielenterveysongelmia ja sitä kautta mielenterveyshäiriön. Toisen hypoteesin mukaan ihmisen käyttäessä päihteitä, hänen sietokykynsä ahdistavissa ja stressaavissa tilanteissa ei kehity normaalisti. Esimerkiksi ihmisen käyttäessä päihteitä aina ennen esityksen pitämistä, stressinsietokyky esityksen pitämiseen ei koskaan parane vaan ihminen tarvitsee päihteitä pitääkseen jännityksen ja ahdistuksen poissa. Näin ahdistus kehittyy ja ihminen kokee tarvitsevansa päihteitä rauhoittaakseen itseään ahdistavissa tilanteissa. Kyseinen ahdistuksenlievitys voi toimia myös toisin päin, jolloin mielenterveysongelma aiheuttaa päihderiippuvuuden, eli ”the MHD-leads-to-SUD”-mallin mukaisesti. Kolmannen hypoteesin mukaan vieroitusoireet voivat aiheuttaa mielenterveysongelmia, kuten masennusta. Masentuneisuus voi säilyä vaikka ihminen käyttäisikin päihteitä vieroitusoireiden aikana, ja käytöstä, sekä siihen liittyvistä mielenterveyden häiriön oireista, kehittyy kehä ja myöhemmin mielenterveyden häiriö. Neljännen hypoteesin mukaan joillain ihmisillä on geneettinen perimä mielenterveyshäiriölle ja päihteiden käyttö saattaa laukaista sen. (Reedy & Kobayashi 2012, 501–503.)

Malli kolmannelta tai yhteisestä tekijästä

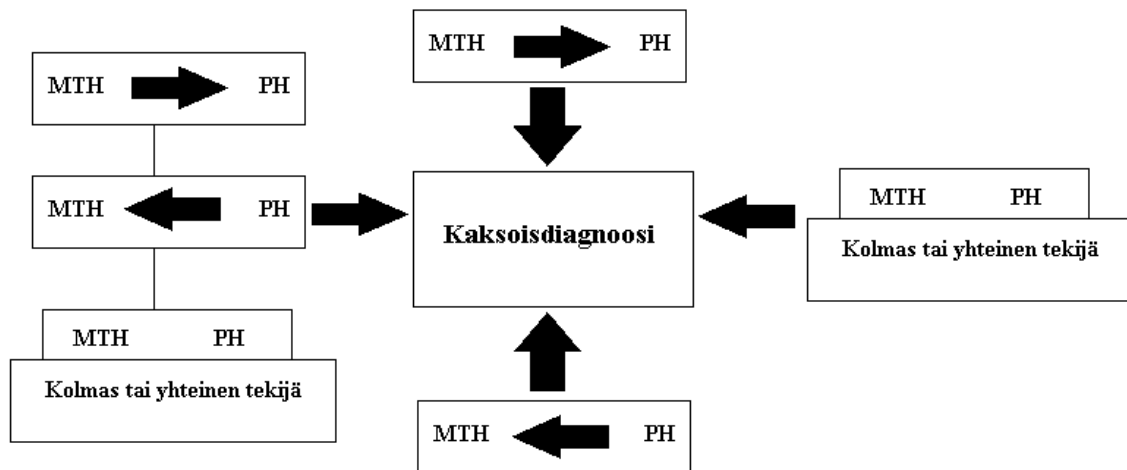
Malli kolmannelta tai yhteisestä tekijästä sisältää ajatuksen siitä, että jokin mielenterveyshäiriön ja päihdehäiriön ulkopuolinen, kolmas tai yhdistävä tekijä, aiheuttaa molempiin häiriöihin sairastumisen tai lisää sen riskiä. Useimmiten kirjallisuudessa todetaan yhteisen tekijän olevan biologinen tai ympäristötekijöihin liittyvä. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi sukupuoli, persoonallisuuden piirteet, kuten antisosiaalinen persoonallisuus tai ahdistusherkkyyys, traumat, perhetausta ja suvun

mielenterveys- ja päihdehistoria. Tutkimuksissa on myös havaittu rodun, koulutuksen, sosiaalieconomisen aseman, iän ja elämäntilanteen olevan riskitekijöitä mielenterveys- ja päihdehäiriön kehittymisessä. (Reedy & Kobayashi 2012, 503–506.) Mueser, Drake ja Wallach (1998) ovat kirjoittaneet sosioekonomisen aseman sekä kognitiivisen aleneman vaikutuksesta kaksoisdiagnoosin syntymiseen. Useiden tutkimusten mukaan alhaisella sosiaalieconomisella asemalla (sisältäen koulutuksen, taloudellisen aseman ja ammatin) on negatiivinen vaikutus päihteiden käyttöön. Skitsofrenian yhteys alhaiseen sosiaalieconomiseen asemaan ja köyhyyteen on myös tunnistettu. Tämän vuoksi sosiaalieconomisen asema voisi olla yksi yhteinen tekijä yhtäaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön synnyssä. Tutkimuksilla on myös todistettu, että kognitiivinen alenema kohottaa riskiä sairastua päihde- ja mielenterveyshäiriöön, lähinnä skitsofreniaan. Alenema voi heijastua geneettisistä tai varhaisista ympäristöllisistä tekijöistä tai niiden yhdistelmästä. Tutkimuksilla on todistettu, että alhaisella älykkyydellä ja keskittymiskyvyttömyydellä on yhteys skitsofrenian puhkeamiseen. (Mueser & Drake & Wallach 1998, 721–722.) Sosiaalieconomisen asema on tiiviisti yhteydessä myös koulutukseen ja rotuun, joten näitä tekijöitä voi joskus olla hankala erottaa toisistaan. (Reedy & Kobayashi 2012, 505.)

Yhdistelmämalli

Edellä esitellyistä malleista yksikään ei tunnu olevan ylitse muiden. Useissa tutkimuksissa on myös todettu kaksoisdiagnoosin johtuvan useista eri tekijöistä. Yhdistelmämallin mukaan vain yksi malli ei selitä kaksoisdiagnoosin syntymistä vaan siihen voi vaikuttaa monta eri syytä. Yhdistelmämallikin sisältää erilaisia hypoteeseja. Ensimmäisen hypoteesin mukaan mielenterveys- ja päihdehäiriön samanaikaisuudelle voi olla oma syynsä ja prosessinsa, mutta mielenterveyshäiriö ja päihdehäiriö ovat seurausta jostain erillisestä prosessista. Toisen hypoteesin mukaan kaksoisdiagnoosin syntymisprosessi on yksilöllinen eikä sitä voida sisällyttää yhteen malliin. Tutkimusten mukaan ainakin sukupuolella on vaikutusta trauman jälkeisessä sairastumisprosessissa ja tällöin naisten ja miesten sairauksien kehitys kulkee erilaisten mallien mukaan. Myös eri mielenterveyshäiriöillä on erilainen riski sairastua päihdehäiriöön, kuten jo aiemmin on todettu (ks. Regier ym. 1990). Kolmannen hypoteesin mukaan eri mallit voivat toimia sairauden synnyssä limittäin tai olla vuorovaikutuksessa toisiinsa. Esimerkiksi naisella voi olla geneettinen alttius sekä masennukselle että päihdehäiriölle ja hän elää

päihdemyönteisessä ympäristössä. Jos kyseinen nainen kokeilee esimerkiksi LSD:tä tai kokaiinia nuorella iällä, saattaa se laukaista hänen ensimmäisen vakavan masennusjaksonsa. Tilanne kehittyy vielä vakavammaksi, jos nainen jatkaa päihteidenkäyttöä itselääkinnällisessä tarkoituksessa. Jokainen kolmesta esitellystä mallista saattaa siis vaikuttaa kaksoisdiagnoosin syntyyn ja toimia myös yhdessä. Vielä ei ole kuitenkaan selvyyttä, kuinka yksilön mielenterveys- ja päihdehäiriön spesifi syntymekanismi toimii. (Reedy & Kobayashi 2012, 506–508.) Seuraavaan kuvioon on koottu Reedyn ja Kobayashin mallit kaksoisdiagnoosin syntymisestä. MTH tarkoittaa mielenterveyshäiriötä ja PH päihdehäiriötä.



Kuvio 1: Mallit kaksoisdiagnoosin syntymisestä nojaten Reedyn & Kobayashin (2012) tutkimukseen

Mallien ymmärtäminen on sosiaalityöntekijälle tärkeää muun muassa siksi, ettei aina oleteta asiakkaan lääkitsevän mielenterveyshäiriötään päihteillä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden tilanteen ymmärtäminen helpottaa myös konkreettisesti työn tekemistä, kuten asiakastyön suunnittelua sekä interventiota. (Reedy & Kobayashi 2012, 511.) Lappalainen-Lehdon ym. (2008, 125) mukaan mielenterveyshäiriön syntyyn liittyviä syy-seuraussuhteita on kuitenkin hankala erottaa. Hankaluuden aiheuttaa se, että päihteiden käyttö aiheuttaa psyykkisiä häiriöitä niin päihteiden vaikutuksen aikana, vieroituksessa sekä jälkioireinakin. Toisaalta myös psyykkinen häiriö altistaa päihteiden

käytölle. Jotta kaksoisdiagnoosi voidaan diagnosoida, asiakas on otettava tutkimusjaksolle. Näin päihitteettömyys voidaan taata ja raittiin jakson jälkeen voidaan suunnitella psykologisia testejä sekä muita tutkimuksia. Tämän lisäksi asiakkaalle tulee tehdä kattava hoito- ja kuntoutussuunnitelma.

3.2 Kaksoisdiagnoosin vaikutukset elämään

Kuten ensimmäisessä pääluvussa kävi ilmi, sairaudella on moniulotteisia vaikutuksia ja merkityksiä sairaan ihmisen elämässä. Kaksoisdiagnoosia sairastavilla on kaksi sairautta, jotka hankaloittavat elämää. Yhtäaikaisella mielenterveys- ja päihdehäiriöllä on vaikutuksia niin ihmisen neuropsykologiseen kuin psykososiaaliseenkin puoleen aina elämäniloa myöten.

Australialaisessa tutkimuksessa tutkittiin kaksoisdiagnoosin merkitystä sitä sairastavien itsensä kokemana. Tutkimusaineisto koostui narratiiveista, jotka etsittiin internetin keskustelufoorumeilta. Tutkimusaineisto jaoteltiin viiteen kategoriaan: kontrollin menettämiseen, avun saamiseen ja tuen antamiseen, riippuvuuteen ja mielenterveyshäiriöön, merkittävänä ja aktiivisena oloon sekä rehellisyyteen itselle ja muille. (Edward & Robins 2012, 552–556.)

Kontrollin menettäminen ja impulsiivinen käyttäytyminen olivat useimmin kuvattuina kaksoisdiagnooitujen narratiiveissa (n=38). Tällaisia tilanteita olivat esimerkiksi lääkkeiden poisjättäminen, psyykkisen kunnon romahtaminen nopeasti, päihdeiden käytön jatkaminen ja mielenterveyshäiriön hallitsemattomuus. Kontrollin menettäminen johtunee siitä, että useimmiten impulssi sisältää hedonistisen reaktion johonkin ärsykkeeseen ja johtaa välittömään mielihyvään. Itsehillintä ja impulssi taistelevat siis keskenään hetkellisesti. Impulssi ja itsehillintä liittyvät tekijöihin, kuten kognitiiviseen kapasiteettiin, työmuistiin, luonteenpiirteisiin liittyvään itsehillintään ja päihderiippuvuudesta seuraavaan estottomuuteen. Toiseksi eniten narratiiveissa kuvattiin avun saamista ja tuen antamista (n=36). Sitä luonnehdittiin siten, ettei olla yksin ja tietoisuutena siitä, että on muitakin samassa tilanteessa olevia. Kaksoisdiagnosoidut kuvasivat säännöllisen hoidon auttavan ja pitävän tilanteen stabiilina. Muilta samassa tilanteessa olevilta saatu tuki oli tärkeää ja positiivista

kuntoutumisen kannalta ja myös keskustelufoorumeilla annettiin itse tukea muille samojen ongelmien kanssa painiville. Narratiiveista oli tunnistettavissa ymmärrys siitä, ettei maailma, johon itsekin kuulun, ole täydellinen paikka ja se auttoi tuntemaan itsensä olevan yhteydessä maailmaan ja muihin ihmisiin hankalinakin aikoina. Riippuvuutta ja mielenterveyshäiriötä koskevia narratiiveja oli löydettävissä 13 kappaletta. Niissä käsiteltiin haluttomuutta lopettaa päihteidenkäyttö, vaikka se pahentaisikin mielenterveyshäiriön oireita. Välillä kaksoisdiagnosoidut ihmettelivät hoidosta saamiaan sekavia ohjeita ja purkivat narratiiveissaan myös vihaa hoitopaikkaansa kohti. Joissain narratiiveissa esiteltiin molempien sairauksien hoidosta seurannutta hyötyä. Merkittävänä ololla ja aktiivisuudella, sillä että on paikka jonne mennä, oli positiivisia vaikutuksia sairauden hoidossa. Narratiiveissa kuvattiin paljon työn merkitystä hyvinvoinnille, koska töissä pystyi kokemaan olevansa merkittävä ja hyödyllinen. Tutkimuksessa tuodaan esiin myös, että yhteyden tunteminen muihin ihmisiin ja yhteisöihin tarjoaa mahdollisuuden tunteiden ja psyyken tasapainolle ja sitä kautta hyvinvoinnille. Aktiivisuus kuvattiin myös normaaliutena ja yhteiskuntaan kuulumisena, joka on tärkeää kaksoisdiagnosoiduille, mahdollisesti yhteiskunnasta syrjäytyneille ihmisille. Aktiivisuudella myös todistettiin itselle ja muille oma toimivuus sairaudesta huolimatta. Rehellisyyden kategoriaa oli kuvailtu 14 eri narratiivissa. Siihen liittyi rehellisyys muita ja itseään kohtaan. Narratiiveissa kerrottiin rehellisyyden olevan askel kohti avun saamista, koska vain silloin kaksoisdiagnosoitua voidaan auttaa oikealla tavalla. Itselleen tulee myös olla rehellinen ja myöntää tosiasiat sekä hyväksyä itsensä ja muut sellaisina kuin he ovat. Kun hyväksyy tilanteen realistisena, kaksoisdiagnosoitu voi nähdä asiat uudesta näkökulmasta. Kaksoisdiagnoosin ja siihen liitetyn stigman ilmaiseminen rehellisesti muille vaikuttaa itsensä hyväksymiseen, kohottaa itsetuntoa ja parantaa psyykkistä hyvinvointia. (Edward & Robins 2012, 552–556.)

3.2.1 Muutokset kognitiivisissa kyvyissä

Iso-Britanniassa on tutkittu skitsofreniaa sairastavia sekä kaksoisdiagnosoituja alkoholiongelmaisia skitsofreenikkoja ja sairauksien vaikutuksia kognitiivisiin kykyihin. Tutkimuksessa selvisi, että sekä skitsofreniaa sairastavilla että kaksoisdiagnosoiduilla on merkittävää kognitiivista alentumaa koko neuropsykologian

kirjossa. Kaksoisdiagnosoiduilla kognitiiviset taidot olivat alhaisempia kuin pelkästään skitsofreniaa sairastavilla lähes jokaisella mitattavalla osa-alueella. Suurimmat erot löytyivät kuitenkin kognitiivisessa joustavuudessa, johon kuuluu tarkkaavaisuuden siirtäminen kohteesta toiseen ja työmuisti, suunnittelussa sekä viivytellyssä verbaalisessa muistissa. Tutkimuksen mukaan siis alkoholi pahentaa kognitiivista alentumista potilailla, jotka sairastavat skitsofreniaa. (Manning & Betteridge & Wanigaratne & Best & Strang & Gossop 2009, 101–103.)

Australialaisessa tutkimuksessa todettiin samankaltaisia tuloksia, kun tutkittiin nuorten ja keski-ikäisten alkoholiriippuvaisten, alkoholiriippuvaisten kaksoisdiagnosoitujen ja mielialahäiriöisten kognitiivisia toimintahäiriöitä ja toiminnallisen kyvykkyyden alenemista. Tutkittavien ensisijainen diagnoosi oli alkoholiriippuvuus ja/tai mielialahäiriö, josta oli edustettuna vakava masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, yleinen ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja pakko-oireinen häiriö. Tutkimustulosten mukaan visuaalisen oppimisen ja muistin häiriöitä oli havaittavissa nuorilla ja keski-ikäisillä alkoholiriippuvaisilla riippumatta siitä, sairastivatko he samanaikaisesti mielialahäiriötä. Mielialahäiriöisillä, ei-riippuvaisilla, tunnistettiin selkeä visuaalisen oppimisen ja muistin vajo, kuten myös häiriö pitkäkestoisessa keskittymisessä ja psyykkisessä joustavuudessa. Tutkimuksen mukaan mielialahäiriön ja alkoholiriippuvuuden samanaikaisuus ja vakava masentuneisuus voivat ennustaa toiminnallisen kyvykkyyden alenemista. Verbaalisen oppimisen ja muistin vajo myös edesauttavat merkittävästi toiminnallisen kyvyttömyyden etenemistä mielialahäiriön psykiatristen tekijöiden lisäksi. Kyseiset löydökset kertovat alkoholiriippuvuuden hoidon hankaluudesta useiden monimutkaisten tekijöiden vuoksi. Tutkimustulosten perusteella esitetään, että kognitiiviset häiriöt eivät ole jyrkempiä alkoholiriippuvaisilla kaksoisdiagnosoiduilla samanaikaisesta mielialahäiriöstä huolimatta (Lee & Dore & Juckes & De Regt & Naismith & Lagopoulos & Tickell & Hickie & Hermens 2015, 225–228), toisin kuin aiemmin esitellyssä brittiläisessä skitsofreniatutkimuksessa (Manning ym. 2009). Sitä vastoin psykiatrinen komorbiditeetti liitetään tutkimuksen mukaan voimakkaammin toiminnalliseen kyvyttömyyteen, ja kognitiivinen kyvykkyys näyttää edesauttavan sen etenemistä (Lee ym. 2015, 228).

Tutkimusten tuloksilla on merkitystä hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. Koska kaksoisdiagnosoitujen kognitiiviset taidot, muisti ja keskittymiskyky ovat normaalia alhaisempia, tulee se ottaa huomioon hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Hoitotapaamisten tulisi olla tahditettuja ja lyhytkestoisia ja hoitotapaamisia tulee järjestää suuremmalla frekvenssillä. Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa tulee kiinnittää huomiota ajan ja paikan lisäksi myös ryhmäkokoihin – liian suurissa ryhmissä keskittyminen voi olla kognitiivisesti alhaisempitaitoisille hankalaa. (Manning ym. 2009, 101–103.)

3.2.2 Psykososiaaliset vaikutukset

Stigma

Stigma leimaa ihmisen erilaiseksi ja aliarvostetuksi (Abbey & Charbonneau ym. 2011, 2). Se on sosiaalinen ja subjektiivinen prosessi, joka on yksilöiden välissä sanoina, eleinä, tarkoituksina ja tunteina (Yang & Kleinman & Link & Phelan & Lee & Good 2007, 1532). Stigmatoidut piirteet tai ominaisuudet voivat olla näkyviä tai näkymättömiä, hallittavia tai hallitsemattomia. Ne voivat liittyä ihmisen ulkonäköön (esim. epämuodostuma), käyttäytymiseen (esim. lasten hyväksikäyttö) tai ryhmään kuulumiseen (esim. etninen ryhmä). Stigma on siis aina johonkin suhteeseen tai kontekstiin liittyvä ja se ei riipu vain yksilöstä vaan yksilön sosiaalisesta kontekstista. (Major & O'Brien 2005, 395.) Stigma muodostuu monesta eri kerroksesta sisältäen leimautumisen, stereotypiat, erottelun, tunnereaktiot, diskriminaation ja valtaerot. Ihmiset kategorisoivat toisiaan joka päivä. Stigma kuitenkin syntyy kun yksilön ja epämieluisan stereotypian välille luodaan linkki, kuten ”skitsofreenikot ovat väkivaltaisia”. Stigmatoidut ihmiset myös suljetaan ”meidän” ulkopuolelle ja näin syntyy ”me” ja ”ne” -asetelma, joka asettaa stigmatoidut eriarvoiseen asemaan. Erottelu ja stereotyyppinen ajattelu aiheuttavat leimatulle paljon erilaisia tunnereaktioita, kuten vihaa, pelkoa ja inhotusta sekä säälin ja syyllisyyden tunteita. Stigmasoitua kohdellaan eriarvoisesti syrjimällä, hylkimällä ja arvoa alentamalla. Syrjintää voi esiintyä niin yksilö- kuin yhteiskunnankin tasolla ja se voi olla myös rakenteellista. Stigmasoitu on yleensä myös valta-asemaltaan eriarvoinen muihin nähden johtuen sosiaaliekonomisesta

asemasta, kulttuurisista tekijöistä tai psykologisista syistä, kuten huonosta itsetunnosta. (Link & Phelan 2001, 366–376.)

Vakavat mielenterveyshäiriöt, kuten skitsofrenia, hankaloittavat yksilön elämää monella eri osa-alueella. Sairaus vaikeuttaa ihmissuhteita, itsestään huolehtimista ja kognitiivista selviytymistä ja siten estää elämän päämäärien saavuttamisen. Mielenterveyshäiriöistä kärsivät eivät ehkä kykene asumaan omillaan, löytämään hyvää työpaikkaa, elättämään itseään tai luomaan pitkäkestoista parisuhdetta. Vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsivät luokittelevat elämänlaatunsa yleensä köyhäksi. Ympäröivän yhteisön asenteella on tutkimusten mukaan yhtä suuri vaikutus sairaan elämäntavoitteiden saavuttamisen onnistumiseen kuin sairaudellakin. Vakavia mielenterveydenhäiriöitä kohtaan on ikävä kyllä paljon negatiivisia stereotypioita. Stereotypiat johtavat automaattiseen epäonnistumisen odotukseen, kun puhutaan esimerkiksi skitsofreenikoiden työnetsinnästä tai pitkäaikaisen seurustelusuhteen rakentamisesta. Pessimistinen ajattelutapa ja stigmasointi johtavat syrjintään; asuntojen omistajat eivät halua vuokrata asuntojaan mielenterveyskuntoutujille, työnantajat eivät halua antaa työpaikkoja ja naapuristo ei suvaitse entistä mielenterveyspotilasta vaarallisuuden vuoksi asuinalueelleen. (Corngan 1998, 201–202.) Stereotypiat, vääristymät ja pessimistinen asenne aiheuttavat siis mielenterveyshäiriöisille noidankehän, jossa jokainen elämänlaatua parantava tekijä suljetaan sairaan ulottumattomiin stigman vuoksi. Stigma määritetään ulkoapäin eikä siihen liity ehkä yksilön ominaisuudet lainkaan – pelkkä diagnoosi voi olla koko ajatusketjun ja sitä kautta syrjimyksen taustalla.

Tutkijat ovat tunnistaneet kolme paradigmaa, jotka selittävät stigmata: sosiokulttuurinen näkökulma, motivoivat vääristymät sekä sosiaali-kognitiiviset teoriat. Sosiokulttuurisen näkökulman mukaan stigma syntyy oikeuttamaan vallitsevaa sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta. Esimerkiksi ”afroamerikkalaisia voidaan pitää orjina, koska heidän ajatellaan olevan ala-arvoisempia”. Motivoivat vääristymät ovat normaaleja psykologisia tarpeita, jotka vaikuttavat asenteisiin ja epäoikeudenmukaisuuteen. Ne jaetaan kahteen eri kategoriaan; oikeusmaailmaan sekä itsekohennuksen teoriaan. Oikeusmaailman mukaan esimerkiksi pohjimmiltaan reilussa maailmassa köyhät joutuvat useimmiten rikoksen uhriksi ja tästä syystä heidän täytyy siis olla ala-arvoisia tai aggressiivisia. Itsekohennuksen teoriassa ihminen tuntee itsensä paremmaksi ihmiseksi verratessaan itseään ”pahoihin” ihmisiin. Sosiaali-kognitiivisten teorioiden

mukaan stigmat ovat kognitiivisia rakenteita, joiden avulla ihminen tekee ympäröivästä maailmasta ymmärrettävämmän. Ihmisethän kategorisoivat kaikkea, jotta informaatiota ja ympäristöä on helpompi hallita. (Corngan 1998, 208–209.) Moraaliteorioiden mukaan stigman nähdään olevan myös sosiosomaattista ja yksilöiden välistä. Sosiosomaattinen teoria sisältää moraali-somaattisen ja moraali-emotionaalisen puolen. Moraali-somaattisessa mallissa stigmasoitu ihminen tiedostaa ympäröivän normin ja kokemus sosiaalisesta ympäristöstä voi muuntaa stigman aiheuttamaan fyysisiä oireita, kuten huimausta, päänsärkyä ja väsymystä. Fyysisten oireiden voidaan ajatella johtuvan stigmasoidun sosiaalisen aseman vähenemisestä tai uupumisesta. Moraali-emotionaalisessa mallissa sen sijaan stigmasoitu ihminen on menettänyt sosiaalista asemaansa ja tuntee häpeää, nöyryytystä ja epätoivoa, koska ei kykene toimimaan sosiaalisen arvomaailman mukaisesti jokapäiväisessä vuorovaikutuksessa. Sosiosomaattisen moraaliteorian mukaan ihminen voi siis tuntea stigman sen sijaan, että vain tiedostaisi sen olemassaolon. (Yang ym. 2007, 1531–1532.)

Stigmaa, syrjintää ja sen vaikutuksia on tutkittu kaksoisdiagnosoiduilla miehillä pitkittäistutkimuksessa. Ensin tutkittiin, kuinka miehet uskoivat huumeiden käytön ja sairaalahoidon vaikuttavan muiden ihmisten mielipiteisiin ja asenteisiin vastaamalla kuinka samaa mieltä he väitteistä olivat. Tutkimuksen mukaan huumeita käyttäneistä miehistä 65 % oli sitä mieltä, että suurin osa ihmisistä halveksuu häntä, 72 % ajatteli, etteivät työnantajat ota töihin ja 62 % koki, ettei nuori nainen avioituisi huumeita käyttäneen miehen kanssa. Vastaavasti mielenterveyshäiriön vuoksi sairaalahoidossa olleista miehistä 69 % koki suurimman osan ihmisistä halveksuvan, 50 % ajatteli, etteivät työnantajat ota häntä töihin ja 56 % oli sitä mieltä, ettei nainen menisi naimisiin psykiatrisessa sairaalahoidossa olleen kanssa. Tutkittavat siis hyvin vahvasti uskoivat siihen, että kaksoisdiagnosoituja syrjitään ja kohdellaan epätasa-arvoisesti. Tutkittavat olivat myös itse kohdanneet syrjintää sairautensa vuoksi. Huumeiden käyttäjistä 6 % ei ollut saanut lääkehoitoa, 16 % ei ollut saanut asuntoa ja 24 % sai pienempää palkkaa huumehistoriansa vuoksi. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleista 6 % oli menettänyt työpaikkansa ja 10 % ei ollut saanut asuntoa, 37 % koki tullessa vältellyksi ja 45 % oli kokenut pahoittavansa jonkun mielen sairaalahoitonsa vuoksi. Vain muutama (4 %) ei ollut tullut millään tavoin syrjityksi, kun taas yli 70 % kertoi tullessa syrjityksi neljällä tai sitä useammalla tavalla. Stigman kanssa yritettiin selvittää ongelmia salailemalla ja pois vetäytymällä. Yli puolet huumeiden käyttäjistä ajatteli olevan hyvä

salata huumehistoriansa ja 76 % ei kertoisi siitä tulevalle työnantajalleen. 57 % sairaalassa olleista salaisi asian ja 75 % ei kertoisi asiasta tulevalle työnantajalle. Yli puolet huumeiden käyttäjistä (57 %) vetäytyisivät pois tarjotusta työstä, jos tietäisivät, ettei työnantaja suvaitse entisiä huumeriippuvaisia. Sairaalahoidossa olleista vastaava luku on 60 %. Tutkittavia tutkittiin uudelleen vuoden kuluttua ja selvitettiin, ovatko stigman haitat vähentyneet sairauden oireiden ja haittojen vähentyessä. Tutkimuksessa selvisi, että stigma pysyi lähes samana vaikka hoito oli tehonnut hoidettuun sairauteen. (Link & Struening & Rahav & Phelan & Nuttbrock 1997, 183–184.)

Stigma ja usko stigmasta ovat siis hyvin syvälle painuneita ajatuksia ja kokemuksia. Vaikka sairautta hoidettaisiinkin, stigma säilyy tutkimuksen mukaan sairautta pidempään. Stigman vaikutuksia tulisi siis hoitaa sairauden kanssa rinnakkain esimerkiksi terapian avulla. Voisi ajatella, että stigmasta aiheutuvat hankaluudet elämässä estävät sairaudesta kuntoutumista, tai ainakin hidastavat sitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla tietoa stigmasta ja sen vaikutuksista, jotta pystytään tunnistamaan ja hoitamaan myös sosiaalisia ongelmia, joita stigmasta seuraa. Stigmassa on kyse myös kulttuurista ja moraalista, kuten aiemmin jo todettiin. Stigman ennaltaehkäisyssä olisi siis tärkeää myös muuttaa ihmisten käsityksiä realistisiksi ja yrittää todistaa stereotyyppiset ajattelumallit vääriksi.

Elämänlaatu

Espanjalaisessa tutkimuksessa tutkittiin kaksoisdiagnosoitujen terveyteen liittyvää elämänlaatua, sosioekonomista asemaa sekä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimivuutta. Tutkimukseen osallistui miehiä kolmesta eri ryhmästä: päihderiippuvaisista (n=35), vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavista (n=35) sekä kaksoisdiagnosoiduista (n=35). Mielenterveyden häiriöistä oli edustettuna skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä vaikea masennus. Kaksoisdiagnosoiduista yli puolet oli sinkkuja (60 %) ja vain harvat naimisissa (2,9 %). Heistä asui yksin 20 % kun taas päihderiippuvaisista vain 2,9 % ja mielenterveyshäiriöisistä 8,6 %. Kaksoisdiagnosoiduista työkyvyttömyyseläkkeellä oli jopa 65,7 %, kun taas päihderiippuvaisilla kyseinen luku oli 17,1 %. Mielenterveyshäiriöisistä sen sijaan jopa 74,3 % oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin esimerkiksi itsemurhayrityksillä, somaattisilla sairauksilla ja päivittäisten lääkkeiden,

tupakoinnin sekä kahvin määrällä. Tutkimuksessa selvisi, että kaksoisdiagnosoidut saivat huonoimmat elämänlaatumittarin pisteet lähes jokaisella osa-alueella. Suurimman eron kaksoisdiagnosoidut tekivät muihin ryhmiin itsemurhayrityksissä, päivittäisten lääkkeiden määrässä, tupakoinnissa ja kahvin kulutuksessa. Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimivuus näyttäytyivät kaksoisdiagnosoiduilla erittäin paljon heikompiina kuin muilla ryhmillä. Suurimmat erot olivat sosiaalisessa toimivuudessa, tunne-elämässä, mielenterveydessä, yleisterveydessä sekä elinvoimaisuudessa. Ryhmien välillä ei ollut eroa, kun verrattiin ruumiillista kipua tai fyysistä toimivuutta. Kun verrattiin ryhmien tuloksia yleisiin, normaaleihin pisteisiin, kaksoisdiagnosoidut alittivat pisteet usealla eri osa-alueella, mielenterveyshäiriöisten ryhmä vain yhdellä (elinvoimaisuus) ja päihdehäiriöiset ei yhdelläkään osa-alueella. (Benaiges & Prat & Adan 2012, 1–9.)

Samankaltaisia tuloksia saatiin myös italiaistutkimuksessa. Tutkimuksessa verrattiin opioidiriippuvaisten mielenterveyshäiriöisten ja pelkästään opioidiriippuvaisten elämänlaatua jaoteltuna neljään eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, sosiaalisiin suhteisiin ja ympäristöön. Elämänlaadulla tarkoitettiin tutkimuksessa ihmisen käsitystä omasta asemastaan ympäröivään kulttuuriin ja arvomaailmaan nähden sekä suhdetta päämääriin, odotuksiin ja huoliin. Metodina käytettiin WHOQOL-BREF –kyselyä, joka koostuu 26:ta itseraportointiin perustuvasta osiosta jaoteltuna aiemmin mainittuihin osa-alueisiin. Tutkimusraportissa ei kyseistä tutkimusmetodia kuitenkaan kysymys- tai osiotasolla tämän enempää avattu. Myös tässä tutkimuksessa oli ensin selvitetty osallistujien sosiaaliekonominen asema (koulutus, siviilisääty, työtilanne, työkyky), joka oli molemmilla ryhmillä melko samankaltainen. Kaksoisdiagnosoidut olivat kuitenkin opioidiriippuvaisia useammin työttömiä (49 % vs. 26 %). Kaksoisdiagnosoitujen elämänlaatu näyttäytyi opioidiriippuvaisia heikompana jokaisella osa-alueella – heikoimpina esiintyi fyysinen ja psyykkinen osa elämästä. Tutkimus todistaa mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden vaikutuksen elämänlaatuun ja sen perusteella suositetaan, että päihdehuollossa kiinnitettäisiin jo hoidon alussa huomiota myös mielenterveysongelmien hoitoon ja noudatettaisiin yhdistetyn hoidon periaatteita elämänlaadun heikkenemisen ehkäisemiseksi. (Bizzarri & Rucci & Vallotta & Girelli & Scandolari & Zerbetto & Sbrana & Iagher & Dellantonio 2005, 1766–1771.)

Tutkimuksilla voidaan osoittaa kuinka suuri vaikutus samanaikaisella päihde- ja mielenterveyshäiriöllä on ihmisen sosioekonomiseen asemaan, terveyteen ja toimivuuteen. Sosioekonomiset tekijät osoittivat kaksoisdiagnosoitujen olevan yksinäisempiä sekä työkyvyttömämpiä esimerkiksi päihdehäiriöisiin verrattuna. Sosioekonomiseen asemaan saattaa vaikuttaa myös aiemmin käsitelty kaksoisdiagnosoitujen stigma, ennakkoluulot ja stereotypiat. Elämänlaatua ajatellen kuntoutuksessa tulisi panostaa päihde- ja mielenterveyshäiriön hoidon lisäksi myös ihmisen fyysiseen ja sosiaaliseen terveyteen sekä elämäntapoihin. Kaksoisdiagnosoitujen elämän huonosta laadusta kertonee selviten suuri itsemurhayritysten määrä ja siihen liittyvä toivottomuus. Toisaalta itsemurhalle on kaksoisdiagnoosissa kaksinkertainen riski, koska mielenterveyden häiriö aiheuttaa psyykkistä huonoa oloa ja päihteiden vaikutuksen alaisena arviointikyky heikkenee. Kyseisillä tutkimuksilla on mielestäni tärkeä rooli, koska ne osoittavat kaksoisdiagnosoitujen heikon aseman ja elämänlaadun, joihin tulisi kuntoutuksella ja hoidolla puuttua. Lisäksi tutkimuksilla on todistettu kaksoisdiagnosoitujen voivan selkeästi huonommin kuin päihdeongelmaisten, joten pelkällä päihdehoidolla ei kaksoisdiagnosoitujen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia voida parantaa.

3.2.3 Sosiaaliset ongelmat

Sosiaaliset suhteet

Sosiaalisten suhteiden merkitystä sairauden hoidossa on tutkittu ja skitsofreniapotilaiden kohdalla on todettu, että ystävien tuella lyhyen (18 kuukautta) ja keskipitkän (5 vuotta) hoidon tulokset ovat olleet parempia. Kaksoisdiagnosoiduilla sosiaalinen verkosto ikävä kyllä rajoittuu hyvin usein muihin päihderiippuvaisiin, jolloin tukea antavat ja terveet ihmissuhteet jäävät taka-alalle. Australialaistutkimuksessa on tutkittu kaksoisdiagnosoitujen sosiaalisten suhteiden määrää ja laatua hoidon eri vaiheissa. Tutkimukseen osallistui 34 mielenterveys- ja päihdehuollon asiakasta, joista 22 oli miehiä ja 12 naisia. Suurin osa oli skitsofreenikkoja (82 %), mutta mukana oli myös skitsoaffektiivista häiriötä (9 %), kaksisuuntaista mielialahäiriötä (6 %) ja vakavaa masennusta (3 %) sairastavia. Käytetyin päihde oli alkoholi (68 %), mutta yli puolet (53 %) käytti myös kannabista

sekä väärinkäytti reseptilääkkeitä (50 %). Myös opiaatit (35 %), amfetamiini (15 %) ja hallusinogeenit (3 %) olivat päihteistä edustettuina. Päihdekuntoutus oli jaettu kahdeksaan eri asteeseen sen mukaan, kuinka edistynyt asiakas päihteettömyydessä oli. Alhaisiin asteisiin luokiteltiin asteet 1–3 (n=20) ja korkeampiin asteisiin asteet 4–6 (n=14). Korkeimmilla asteilla olleita ei tutkimukseen osallistunut. 45 % alhaisimmilla asteilla olleista raportoi käyttävänsä kahta tai useampaa päihdettä, kun korkeammilla asteilla olleilla kyseinen luku oli 21 %. Reilusti yli puolella (65 %) osallistujista oli päihdekontakteja sosiaalisessa verkostossaan. Päihdekontaktit jakautuivat tasaisesti alhaisimmilla ja korkeimmilla tasoilla olleiden kanssa. Kun osallistujilta kysyttiin saadun tuen määrästä, korkeammilla tasoilla olleet saivat alhaisemmilla tasoilla olleita enemmän sosiaalista tukea ei-käyttäjiltä. Korkeammilla tasoilla olevat raportoivat myös saaneensa enemmän tukea ammattilaisilta, kuin alhaisemmilla tasoilla olevat. Koska tutkimukseen ei osallistunut tasoilla 7–8 olleita kuntoutujia, tutkimustulos jäi hieman epäselväksi. Tasoilla 4–6 olleet kyllä saivat enemmän tukea ei-käyttäjiltä ja ammattilaisilta, mutta heillä oli myös yhtä paljon päihderiippuvaisia kontakteja kuin alhaisemmilla tasoilla olevien kanssa. Tutkimuksessa epäillään, ettei korkeammilla tasoilla olleilla ole ollut vielä tilaisuutta ja aikaa etsiä ja luoda vaihtoehtoisia sosiaalisia suhteita, koska kuntoutuminen on vielä kesken ja riippuvuudesta irti pääsemiseen on vielä matkaa. Tutkimuksessa saatiin kuitenkin selville, että ammattilaisten tuki tulee tärkeämmäksi ja voimaannuttavammaksi vasta hoidon myöhemmässä vaiheessa. Vaikka asiakkaiden kiinnittäminen hoitoon ja päihdekuntoutukseen voikin olla alussa haastavaa, voi alun jälkeen ammattilaisen ja asiakkaan suhde kehittyä tukevammaksi ja luottavaisemmaksi. (MacDonald & Luxmoore & Pica & Tanti & Blackman & Catford & Stockton 2004, 452–462.)

Kodittomuus ja sosiaalinen verkosto

Kaksoisdiagnosoidut kohtaavat paljon ennakkoluuloja, stereotyyppistä ajattelua ja epäoikeudenmukaista kohtelua. Asunnon saaminen voi tämän vuoksi olla hankalaa varsinkin yksityisiltä asuntomarkkinoilta. Kodittomuudella on myös muita ikäviä seurauksia, kuten hankaluus saada heitä avun piiriin, itsemurhat ja sosiaalisten suhteiden kaventuminen.

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin syitä sille, miksi kodittomien kaksoisdiagnoitujen sosiaaliset suhteet ovat vähäisiä ja kaventuneita. Tutkimukseen osallistui 72 koditonta mielenterveyshäiriöistä, joista 85 %:lla oli myös pitkä päihdehistoria. Mielenterveyshäiriöistä oli edustettuna skitsofrenia (56 %), kaksisuuntainen mielialahäiriö (22 %) ja vakava masennus (22 %). Tutkimuksen mukaan sosiaaliset suhteet olivat kaventuneita, koska läheiset olivat kuolleet, työnnetty pois elämästä tai heillä oli omassa elämässään ongelmia. Läheiset olivat kuolleet onnettomuuksien, huumeiden, väkivallan ja huonon terveyden vuoksi. Tutkimukseen osallistujat olivat usein menettäneet vanhempansa ollessaan nuoria. Sukulaiset, lapset ja läheiset ystävät olivat myös kuolleet ja se oli jättänyt sosiaalisiin suhteisiin tyhjiön, jota ei ollut uudelleen täytetty. Jotkut olivat itse olleet näkemässä läheisensä kuoleman. Tutkimuksessa epäillään, että kodittomuuden, mielenterveyshäiriön ja riippuvuuden yhdistelmä ajaa ihmiset elämään köyhyydessä ja stressaavassa ympäristössä, jossa on heikko terveydenhuolto ja riski sairastua tauteihin, jotka kaikki voivat johtaa aikaiseen kuolemaan. (Hawkins & Abrams 2007, 2035–2041).

Tutkimukseen osallistuneet uskoivat myös riippuvuuden ja mielenterveyshäiriön vaikuttaneen vahingoittavasti ihmissuhteisiin. He olivat olleet vaativia ja väkivaltaisia sekä vältelleet hankalia tilanteita ja muita päihderiippuvaisia. Osallistujat kokivat, että heidän käytöksensä oli etäännyttänyt läheiset heistä ja toisaalta läheiset olivat etäännyttäneet heidät itsestään. Koska useiden tutkimukseen osallistujien perheet olivat köyhistä oloista, heillä oli itselläänkin ongelmia, joista tuli selviytyä. Jotkut läheiset olivat itsekkin mielenterveyshäiriöisiä ja fyysisesti sairaita, osa oli ollut useasti vankilassa tai oli kyseisellä hetkelläkin vangittuna ja jotkut olivat päihderiippuvaisia ja sen vuoksi rajoittuneita. (Hawkins & Abrams 2007, 2035–2041).

Sosiaalisten suhteiden puuttumisella ja yksinäisyydellä voi olla negatiivisia seurauksia. Tutkimuksessa todetaan, että sosiaalisella eristäytymisellä voi olla rajoittavia vaikutuksia hoitoon ja kuntoutumiseen. Uudelleen rakennetulla, vanhalla sosiaalisella verkostolla voi taas olla negatiivisia vaikutuksia sosioekonomiseen asemaan ja verkostosta voi saada huonoja vaikutteita sekä yhteyksiä. Sekään ei siis ehkä ole sosiaalisen pääoman kannalta mielekkäin ratkaisu. Molemmilla vaihtoehdoilla voi kuitenkin olla myös positiivinen vaikutus – joskus uudelleen rakennettu, vanha sosiaalinen verkosto on emotionaalisesti erittäin rikas ja tukeva ja sosiaalinen

eristäytyminen tuo mukavuutta ja turvaa. Tietysti nämä tilanteet ovat ääripäitä ja ääripäiden väliin mahtuu paljon muuta. Tutkimukseen osallistuneista vain muutama oli täysin eristäytyneitä ja yksikään ei ollut luonut vanhoja sosiaalisia suhteitaan uudelleen. (Hawkins & Abrams 2007, 2035–2041.)

Tutkimustuloksella pyritään vaikuttamaan palvelujen tarjoajiin ja henkilökuntaan, koska asiakkaiden sosiaalisten suhteiden kuvitellaan olevan vähäisiä psyykkisten tekijöiden tai päihdehistorian vuoksi. Tärkeää olisi kuitenkin selvittää asiakkaan suhteet muihin ihmisiin ja kuinka hän niissä toimii ja onnistuu. Tutkimustulos tuo ammattilaisille käsityksen asiakkaan persoonallisuudesta, sosiaalisista taidoista ja niistä tavoista, joilla vanhoihin sosiaalisiin verkostoihin voisi kiinnittyä uudelleen ja rakentaa uusia ihmissuhteita. Ammattilaiset voivat pohtia kaksoisdiagnosoitujen asiakkaiden kanssa suhteita kolmesta eri näkökulmasta: kuka tai ketkä ovat kadonneet sosiaalisesta verkostosta ja miksi, kuinka sosiaalisissa suhteissa toimitaan positiivisten ja negatiivisten elementtien kanssa ja auttaa asiakasta löytämään tapoja, jolla voi luoda linkkejä ja siltoja sosiaalisiin verkostoihin. Asiakkaan sosiaalisen verkoston ymmärtämisen kautta ammattilainen voi avata uuden ikkunan asiakkaan elämään ja löytää sieltä selittäviä tekijöitä asiakkaan motiiveihin ja päätöksiin ja myös auttaa heitä sen avulla menemään eteenpäin kuntoutuksessa. (Hawkins & Abrams 2007, 2035–2041).

Asuinympäristö ja sosiaaliset ongelmat

Kaksoisdiagnosoitujen eroja kahdella erilaisella asuinympäristöllä on tutkittu Yhdysvalloissa. Tutkimukseen osallistui päihderiippuvaisia, joille oli diagnosoitu skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö kaupunki- ja maalaisympäristöstä, Connecticutista ja New Hampshiresta. Tutkimuksessa tutkittiin asuinalueiden väestörakennetta, asumista ja oikeudellisia eroavaisuuksia, psykiatrisen ja päihderiippuvuuden diagnostiikkaa, päihteiden käytön laajuutta, psyykkisiä oireita sekä elämänlaatua ja verrattiin niitä asuinalueiden kesken. (Mueser & Essock & Drake & Wolfe & Frisman 2000, 94–105.)

Väestörakenteesta löytyi suuri ero rotuvertailussa – kaupunkiympäristössä (Connecticut) tummaihoisia oli maalaisympäristössä (New Hampshire) enemmän.

Kaupunkilaiset kaksoisdiagnosoidut olivat olleet maalaisympäristössä eläviä harvemmin naimisissa, he olivat hiukan vanhempia ja olivat olleet viime aikoina enemmän työttöminä. Kaupunkilaiset sen sijaan saivat maalaisia enemmän rahaa kuukaudessa (1764\$ vs. 693\$). Asuinympäristöjen kaksoisdiagnosoidut erosivat selkeästi myös asumisjärjestelyissä, rikoksissa ja laitoshoitoon sijoittamisissa; kaupunkilaiset olivat olleet maalaisia enemmän kodittomina, he olivat viettäneet enemmän aikaa vankilassa tai saaneet sakkoja ja heidän päihdehoitajaksonsa olivat olleet pidempiä. Päihteiden käytössä oli myös suuria eroja; maalla käytettiin enemmän alkoholia ja kannabista ja vähemmän kokaiinia kuin kaupungissa. Tutkimuksessa todetaan, että kaupunkilaisten kokaiinin käyttö vaikuttaa tutkimustulokseen; kokaiiniriippuvaiset olivat muita useammin kodittomia ja syyllistyivät rikoksiin sekä viettivät enemmän aikaa päihdehoidossa. (Mueser ym. 2000, 94–105.)

Yllättävää kyllä, kaupunkilaiset raportoivat kuitenkin korkeampaa elämänlaatua ja tyytyväisyyttä kuin maalla elävät. Heillä oli myös enemmän kontaktia perheeseen ja he olivat tyytyväisempiä sosiaaliseen verkostoonsa. Maalla elävät sen sijaan olivat kiinnostuneempia päivittäisiin aktiviteetteihin kuin kaupunkilaiset. Kaupunkilaisten korkeampi elämänlaatu voidaan selittää mahdollisesti sosiaalisen vertailun avulla; ihminen vertaa itseään samassa ympäristössä ja sosiaalisessa verkostossa oleviin ja määrittää onnellisuuttaan ja hyvinvointiaan sen avulla. Kaupungissa on paljon samassa ja huonommassa tilanteessa olevia, jolloin huonosti voiva ihminen voi kokea olevansa paremmassa asemassa muihin verrattuna. Maalla sen sijaan ongelmat voivat olla piilossa tai hyvinvoivia ihmisiä on ympäristössä enemmän, jolloin kaksoisdiagnosoitu voi kokea olevansa muiden alapuolella ja voivansa huonosti vaikka todellisuudessa kaupunkilaiset olisivatkin häntä suuremmissa ongelmissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin kaksoisdiagnosoitujen erot kaupunki- ja maalaisympäristössä. Eroja löytyi monella osa-alueella ja tutkimuksessa korostetaan oikeanlaisen hoidon suuntaamista eri asuinympäristöille – maalaisympäristössä elävien ongelmia ei voida hoitaa samalla tavalla kuin kaupungeissa, joissa sosiaaliset ongelmat ovat hyvin erilaisia. (Mueser ym. 2000, 94–105.)

Kaupunkilaisten sosiaaliset ongelmat näyttävät myös rakenteellisina; köyhyys ja heikot asumisjärjestelyt ja asuntojen puute ajavat ihmiset kadulle, joissa on helposti saatavilla huumeita. Huumeriippuvuudet näyttävät tutkimuksen perusteella

olevan kaupunkien vitsaus, koska kokaiiniriippuvuus johtaa ihmisen rikoksiin ja laitostumiseen.

3.3 Palvelujärjestelmä kaksoisdiagnoosin hoidossa

Kaksoisdiagnoosin hoitoa hankaloittaa kahden samanaikaisen sairauden hoidon yhteensovittaminen. Aiemmin hoidossa suosittiin jaksoittaista hoitoa, jolloin ensin hoidettiin toista häiriötä ja kun tuloksia saavutettiin, aloitettiin toisen häiriön hoito. Häiriötä on myös hoidettu rinnakkain, mutta eri tahoilla. Sekä jaksoittaisessa että rinnakkaisessa hoidossa ongelmaksi on muodostunut tiedonkulku ja eri hoitotahojen näkemyserot. Eri tahojen ammattilaiset eivät usein pääse yhteisymmärrykseen siitä, kumman häiriön hoito on tärkeämpää aloittaa ensin. Myös hoitotulosten riittävyys on ollut kyseenalaista, koska sekä päihde- että mielenterveyshäiriö ovat pitkäaikaisia sairauksia ja sairauksien eteneminen on yleensä syklistä. Jaksoittaisen hoidon ongelmana on se, ettei hoidossa saada tyydyttäviä tuloksia ilman toisen häiriön oireiden lievittymistä. (Aalto 2007, 1295–1296.)

Kun kaksoisdiagnoosin hoidon tarve tunnistettiin 1980-luvulla, ajautui^{vat} päihde- ja mielenterveyshuollon näkemykset konfliktiin. Päihdeammattilaisten näkemysten mukaan riippuvuus oli ensisijainen hoidettava sairaus. Niin sanottu ”recovery model” sisälsi riippuvuuden hoitoa AA-ryhmissä, joissa kaksoisdiagnosoidun oli tarkoitus tunnistaa ja myöntää riippuvuutensa. Siellä oli myös tarkoitus oppia sosiaalisia taitoja, sopeutumista ja stressin hallintaa. AA-ryhmien toimintatapa ei kuitenkaan soveltunut mielenterveyden häiriöistä kärsiville ja AA-ryhmän tapaamiset saattoivat jopa pahentaa mielenterveysongelman oireita. Lisäksi AA-ryhmissä kannustettiin lääkkeettömään elämään, joten mielenterveyshäiriöiset lopettivat psykelääkkeensä. ”Recovery model” arvioitiin myöhemmin sopimattomaksi kaksoisdiagnoosia sairastaville. Mielenterveyshuolto sen sijaan arveli mielenterveyshäiriön olevan ensisijainen hoidettava sairaus. Mielenterveyshoidossa keskityttiin lääkitykseen, selviytymistaitoihin, psykoterapiaan, sosiaalisten suhteiden korjaamiseen ja lisäämiseen sekä tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen tarkasteluun. Päihdeiden käytön nähtiin olevan piilossa olevan psykiatrisen sairauden oire tai psykiatrisen sairauden itselääkintää. Päihderiippuvuuden ajateltiin katoavan kun sitä ”oikeaa” sairautta

hoidettiin. Hoidossa ilmeni kuitenkin ongelmia, kun asiakkaat eivät pystyneet sitoutumaan pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen. Jos he sitoutuivat hoitoon, he ajautuivat kuitenkin päihteisiin taas hoidon jälkeen. Jotkut asiakkaista eivät suostuneet hoitoon ollenkaan. (El-Mallakh 1998, 71–73.)

Nykyään kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidossa kannatetaan ns. yhdistetyn hoidon (integrated treatment model) periaatetta. Yhdistetyssä hoidossa päihde- ja mielenterveyshoito on järjestetty samassa paikassa. Tällä tavoin turvataan se, että asiakas saa tietoja sairaudestaan ja hoidostaan yhdestä paikasta. Yhdistetyllä hoidolla estetään myös päihde- ja mielenterveyshoidon ammattilaisten konfliktit ja tätä kautta asiakasta sekoittavat ja hämmentävät mielipiteet asiakkaan tilanteesta ja hoidon tarpeesta. Ensimmäiset yhdistetyn hoidon periaatteella tarjotut hoidot järjestettiin tuomalla päihdehuollon tiimi mielenterveyshoitoon. Näin saatiin tietoa päihderiippuvuuksista ja niiden hoidosta. Yhdistetyn hoidon alkuaikoina käytettiin myös intensiivistä päihteenkäytön interventiota, jossa pyrittiin nopeaan raitistumiseen. Yhdistetty hoito alkoi kehittymään 1980-luvulla ja hoidosta tuli kokonaisvaltaisempaa. Hoitoon liitettiin tärkeitä elementtejä, kuten lääkekontrolli ja tukipalvelut sekä hoitoon kiinnittämistä alettiin parantamaan intensiivisellä yksilötyöskentelyllä sekä yksilöille, ryhmille ja perheille suunnatulla päihdeneuvonnalla. Yhdistetty hoito onnistuttiin järjestämään moniammatillisten tiimien avulla, joilla oli osaamista sekä mielenterveysettä päihdetyöstä. Motivoivilla interventioilla heräteltiin niitä, jotka eivät uskoneet päihteenkäytön olevan ongelma. Motivoivaa haastattelutekniikkaa on aiemmin käytetty päihdehoidossa, mutta sen luottamusta rakentava, itseluottamusta ja -tuntoa kasvattava ja muutokseen motivoiva luonne sopi hyvin myös kaksoisdiagnooitujen hoidossa. (Drake & Mercer-McFadden & Mueser & McHugo & Bond 1998, 590–591.) Motivoivan haastattelun on tutkimuksissa todettu toimivan kaksoisdiagnoosoiduilla haitallisen käyttäytymisen muuttamiseen (Martino & Carroll & Kostas & Perkins & Rounsaville 2002, 306).

Tänä päivänä yhdistetty hoito on suunniteltu tarjoamaan interventioita ja tukea pitkälle aikavälille. Perusperiaate ja elementit ovat edelleen samat sisältäen motivoivat interventiot, pitkälle ulottuvat hoitokomponentit sekä niin yksilöä, ryhmää ja perhettäkin koskeva neuvonta ja interventiot. Hoidossa keskitytään luottamukseen, ymmärrykseen ja oppimiseen syyllistämisen sijasta ja hoito on pitkäaikaista ja

hidastahtista hätiköimisen sijasta. Yhdistetty hoito pyrkii yksilöllisyyteen, koska kaikkia kaksoisdiagnosoituja ei voida hoitaa samalla tavalla. Päihde- ja mielenterveyshoidon lisäksi asiakasta tulee kuntouttaa psykososiaalisesti, jotta ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi otetaan huomioon. (Drake ym. 1998, 590–591.)

Yhdysvaltalaistutkimuksessa tutkittiin niitä tekijöitä, jotka edesauttavat kaksoisdiagnosoitujen kuntoutumista niin mielenterveyden kuin päihderiippuvuudenkin osalta. Tutkimukseen osallistui 177 henkilöä ja mielenterveyshäiriöistä oli edustettuna skitsofrenia tai skitsoaffektiivinen häiriö (42 %), kaksisuuntainen mielialahäiriö (48 %) ja affektiivinen psykoosi (10 %). Melkein puolet (45 %) tutkimukseen osallistuneista raportoi käyttäneensä alkoholia tai kadulta saatuja huumeita lievittääkseen mielenterveyshäiriönsä oireita ja 8 % kertoi tekevänsä niin nykyisessäkin elämäntilanteessa. Yksi kolmasosa oli käyttänyt alkoholia viimeisen kuukauden aikana, 15 %:lla alkoholi oli ollut ongelma viimeisen neljän viikon aikana ja 29 % poltti säännöllisesti tupakkaa. Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää millaisia vaikutuksia päihteillä oli vakavasta mielenterveyden häiriöstä kuntoutumiseen ja millaisia polkuja tutkimukseen osallistuneilla oli kohti raitistumista. (Green & Yarborough & Polen & Janoff & Yarborough 2014, 34–40.)

Päihteiden käytön seurausten oppimisella oli vaikutusta tutkimukseen osallistuneiden raitistumiseen. Heitä oli opastettu esimerkiksi päihteiden vaikutuksista mielenterveyteen sekä päihteiden ja psyykelaakkien yhteensopimattomuudesta. Näiden asioiden tietäminen ja ymmärtäminen oli auttanut motivoimaan tutkimukseen osallistuneita raitistumaan tai muuttamaan päihdekäyttäytymistään. Joillain päihteiden käytön seurauksien ymmärtäminen oli vaatinut jopa vuosia, mutta pitkäjänteinen psykiatrinen työskentely oli lopulta auttanut. Kuntoutuspolkuja oli monia erilaisia: toiset löysivät avun kaavamaista hoitoa noudattamalla, jotkut rajoittivat juomistaan niin että se oli hallinnassa, toiset selvisivät vertaistuen avulla ja jotkut ilman mitään apua. Kun osallistujat olivat raitistuneet tai saaneet päihteiden käytön hallintaan, he tunnistivat mielenterveysongelmansa. Vasta silloin alkoi itse mielenterveyshäiriön hoito ja siitä kuntoutuminen – selvänä ollessa päihteiden alle piiloutunut sairaus ja sen oireet näyttäytyivät todellisena. Raitistumisessa onnistuminen ja muiden vertaisten tuki auttoi useita kasvattamaan itsetuntoaan ja -luottamustaan. Osallistujat kokivat kasvaneensa

ihmisinä ja saaneensa toimintakykynsä takaisin. Myös tulevaisuuden haasteita ja päämääriä oli helpompi asettaa ja kulkea niitä kohti. (Green ym. 2014, 34–40.)

Tutkimustuloksista voi siis päätellä, että päihteiden käytön rajoittaminen tai lopettaminen on tärkeää ennen kuin mielenterveyden häiriön hoitoon ja kuntoutukseen voidaan kunnolla paneutua. Lisäksi kuntoutujan omalla motivaatiolla tuntuu olevan suuri merkitys. Onnistumisen kokemuksilla saadaan aikaan hyviä tuloksia kun kuntoutujan itsetunto ja -luottamus kasvavat ja ihminen tuntee kasvavansa kuntoutumisen lomassa. Ulkoapäin pakotettu hoito ei siis ole aina ratkaisu kun on kyse tällaisten pitkäaikaisten sairauksien hoidosta. Ammattilaisten tulee toki olla kuntoutujan tukena ja neuvonantajana, koska kuntoutuja voi hämmentyä ilman tietoa omasta sairaudestaan.

3.4 Sosiaalityön rooli kaksoisdiagnoosin hoidossa

Sosiaalityön roolia kaksoisdiagnoositujen hoidossa on tutkittu Sloveniassa. Tutkimukseen osallistui 43 sosiaali- tai mielenterveyspalveluissa työskentelevää ammattilaista, jotka olivat mukana ”Living with a Dual Diagnosis”-projektissa. Kun ammattilaisia pyydettiin kuvailemaan tyypillistä kaksoisdiagnoosiasiakasta, hän oli nuori, laiha, epäsiisti ja kalpea mies, joka käytti heroiinia sekä alkoholia. Mies oli yleensä lääkkeissä, usein sairaalahoidossa, lopetti hoidon kesken toistuvasti, oli jatkuvasti kaduilla, otti säännöllisesti yhteyttä lääkäriin ja ei suostunut sitoutumaan sosiaalisten ongelmien hoitoon. Kuvauksesta ilmenee kaksoisdiagnoositujen moniongelmaisuus ja ammattilaiset toteavatkin kaksoisdiagnoositujen olevan vaikeimmin hoidettava ryhmä eikä positiivista lopputulosta voida taata. Ammattilaiset yrittävät välttää kaksoisdiagnoosi-termin käyttöä korvaamalla sen esimerkiksi käsittein ”ihmiset, joilla on useampia tarpeita”, ”vaativimmat käyttäjät”, ”ihmiset, joilla on monimutkaisia ongelmia” ja niin edelleen. Ammattilaisten mielestä kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa työskentely oli hankalaa ja asiakkaan hoitoa varten tarvittiin enemmän ammattilaisia tiimiin eikä senhetkiselä henkilökunnalla ehkä pärjännyt asiakkaan kanssa. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat häiritsivät niiden asiakkaiden hoitoa, joilla oli pelkästään mielenterveysongelma ja heillä nähtiin myös olevan käytöshäiriöitä. Sosiaalityöntekijät kokivat usein avuttomuutta ja toivottomuutta kun

asiakas oli apaattinen ja haluton muuttamaan elämäänsä odottaen ammattilaisten antavan ihmeratkaisun kaikkeen eikä ottanut itse vastuuta valinnoistaan ja teoistaan. Tutkimukseen osallistuneet tunnistivat kuitenkin myös palveluiden ongelmat kun kaksoisdiagnoosia yritettiin hoitaa saatavilla olevilla ohjelmilla eikä asiakaslähtöisesti. Myös ammattilaisten epätietoisuus kaksoisdiagnoosista ja sen hoidosta koettiin ongelmalliseksi eikä ammattilaisilla ollut tarpeeksi yhteydenpitoa ja informaatio jäi näin kulkematta palvelusta toiseen. Kaksoisdiagnoosoituja pelätään heidän aggressiivisen ja impulsiivisen käytöksensä vuoksi ja palvelujen saanti voi tästäkin syystä olla hankalaa. Palvelujen kohderyhmien tarkka rajausta rajasi kaksoisdiagnoosidut myös usein ulkopuolelle; mielenterveyspalveluihin ei pääse jos kärsii päihdeongelmasta, päihteiden vaikutusten alaisena ei pääse sisään, sairausvakuuttamattomia asiakkaita ei hoideta ja niin edelleen. Tähän nähtiin ratkaisuna kaksoisdiagnoosiin erikoistuneiden ammattilaisten tiimi, joka osaisi hoitaa kyseiseen ryhmään kuuluvia asiakkaita moniammatillisesti. (Kvaternik & Grebenc 2009, 513–517.)

Tutkimuksessa todetaan, että sosiaalityön ja terveydenhuollon kommunikaatiota ja yhteistyötä tulisi parantaa kun kyseessä on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoito. Sosiaalipalveluissa tärkeintä ei ole psykiatrisen diagnoosin tunteminen vaan asiakaslähtöinen ongelmien selvittäminen ja hoitaminen. Sosiaalityön rooli mielenterveyspalveluissa tulisi tehdä näkyvämmäksi. Sosiaalityöllä ei tarvitse olla vastausta patologiaa koskeviin kysymyksiin vaan sosiaalipalveluiden roolin tulisi olla asiakkaan jokapäiväistä elämää koskeva interventio; miten asiakas elää, millainen sosiaalinen verkosto tällä on, onko kotia tai työtä, mikä on taloudellinen tilanne, mitkä ovat heidän toiveitaan ja haaveitaan ja niin edelleen. Diagnoosilla on merkitystä sosiaalityössä vain siinä suhteessa, miten asiakas elää sairautensa kanssa, miten sairaus on muuttanut heidän maailmaansa ja miten lääkitys vaikuttaa heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Tutkimus osoitti, että ne palvelut, joihin sosiaalihuolto on kiinnittynyt, ovat vain osa suurempaa palvelujen kokonaisuutta, joihin mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset ottavat yhteyttä. Yleensä ensimmäinen yhteydenotto on sattumanvarainen enemmän kuin valinnasta johtuva. Esimerkiksi palvelujen saatavuus, kohderyhmä, sisään pääsyn helppous sekä aukioloajat vaikuttavat siihen, minne asiakas ensimmäisenä ottaa yhteyttä. Tutkimuksessa myös osoitettiin, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoito tulisi suunnitella tarkoin mutta sensitiivisesti asiakkaan voimavarat huomioon ottaen. Ylilyönteihin ja liikaan painostukseen ei siis ole

varaa, jottei asiakas murru ja keskeytä hoitoa liiallisten odotusten vuoksi. (Kvaternik & Grebenc 2009, 518.)

Beata Frankenhaeuser (2014) on pohtinut sosiaalityöntekijän roolia psykiatrian ympäristössä. Sosiaalityöntekijän haasteena on ensinnäkin toimiminen terveydenhuollon organisaatiossa, jossa esimiehenä on lääkäri ja muutkin kollegat lääketieteellisen ajattelutavan mukaan koulutettuja. Frankenhaeuserin mielestä sosiaalinen ja lääketieteellinen on psykiatriassa epätasapainossa ja sosiaalityöntekijöiden rooli on epämääräinen. Hän kuitenkin painottaa sosiaalityön tärkeyttä myös psykiatriassa, koska sosiaalityön tarkoituksena on huomioida ihmisen ongelmat, mahdollisuudet ja voimavarat kokonaisvaltaisesti. Sosiaalityöllä pyritään vastaamaan asiakkaan omiin elämänsä maailman tarpeisiin, jotka siis kumpuavat arjesta. Frankenhaeuser näkee sosiaalityöntekijän tehtäväksi valtaistaa psykiatrian asiakas saavuttamaan omia tavoitteitaan ja kansalaisoikeuksiaan toipumismatkalla. Ongelmana on kuitenkin se, että moniammatillisissa tiimeissä lääketieteen ammattilaiset näkevät sosiaalityön roolin lähinnä hoidon mahdollistamisena taloudellisesti. Moniammatillisuuden käsitekin on hatara – Frankenhaeuser on kuullut lääkärin puhuvan moniammatillisuudesta tarkoittaen sillä lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyötä. Sosiaalityöntekijällä on erityisosaamisalueensa kuitenkin myös psykiatrisessa hoidossa. Hänellä on osaaminen kokonaisvaltaiseen tilanteen arvioimiseen ja tukemiseen. Sosiaalityössä keskitytään asiakkaan yksilön vahvointiin puoliin ja voimavaroihin. Yksilö nähdään toimijana eikä häntä määritellä vain diagnoosin tai sairauden kautta. Tasa-arvoisuus, itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja yksilön kunnioittaminen on sosiaalityön perusarvoja. Joskus sosiaalityön arvot voivat olla ristiriidassa lääketieteen arvojen kanssa varsinkin akuuttiosastoilla. Voi olla vaikeaa vaieta tilanteissa, joissa ristiriita näkyy. Auttamisenhalu on kuitenkin useimmiten perusteluna sosiaalityön opintoihin hakeutumisessa ja olemme sosiaalityöntekijöinä sitoutuneita omiin arvoihimme. (Frankenhaeuser 2014, 64–70.)

Sosiaalityöntekijät kohtaavat usein monimutkaisia tilanteita, joissa interventio jollain elämänsä alueella voi aiheuttaa ongelmia toisella. Tästä syystä tulee muistaa suunnitella sosiaalityön asiakassuhde niin, ettei kuljeta vain niitä tavoitteita kohti, jotka ovat saavutettavissa. Asiakassuhteen suunnittelussa otetaan huomioon kokonaisuus ja pyritään niihin parannuksiin, joilla on vaikutusta ja merkitystä ihmisen jokapäiväiseen

elämään. Sosiaalityö ja terveydenhuolto eroavat siltä osin, että sosiaalityössä asiakkaalle tulee jättää neuvotteluvara – sosiaalityössä ei etsitä syitä tilanteelle, vaan keinoja päästä siitä ulos. Asiakaslähtöisyys kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa tarkoittaa myös sitä, että asiakas ymmärtää tilanteensa ja sen vuoksi sosiaalityön ei tule terveydenhuollon tavoin erehtyä ammattijargoniin ja tätä kautta asiakkaan poissulkemiseen omasta tilanteestaan. Sosiaalityön roolina olisi normalisoida ja poistaa asiakkaalle muodostunutta stigmaa. Käytännönläheisesti katsottuna sosiaalityöntekijän tulisi uskoa asiakkaaseen ja tämän voimaan selviytyä. Avaimena tähän on dialogi, jossa kysymykset on aseteltu oikein; kuinka asiakas elää, mitä he tuntevat, mitä he tahtoisivat muuttaa, mitkä ovat suurimmat ongelmat, missä he tarvitsevat apua ja kenen kanssa he tahtovat tehdä yhteistyötä. Tiedoilla autetaan asiakasta saamaan kaikki se apu, jota hän toivoo ja on saatavilla. Jos tarvittua palvelukokonaisuutta ei ole, sosiaalityön tehtävänä on yhdessä asiakkaan kanssa koota palvelut yhteen. Vain tätä kautta asiakas saadaan mukaan hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen ja toteutetaan asiakaslähtöisyyden periaatetta. (Kvaternik & Grebenc 2009, 518–519.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen metodologiset valinnat

Tekemäni tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen, joka nojaa havaintojen teoriapitoisuuteen. Tällä tarkoitetaan sitä, että se, millainen käsitys yksilöllä on ilmiöstä, millaisia merkityksiä tutkittavalle ilmiölle annetaan ja millaisia välineitä tutkimuksen teossa käytetään, vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Toisin sanoen saadut tutkimustulokset eivät koskaan ole irrallisia käytetystä havaintomenetelmästä tai käyttäjästä. Tieto ei siis ole objektiivista vaan subjektiivista, koska tutkija päättää tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20.)

Tutkimukseni taustalla toimii löyhästi fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusperinne, jonka erityispiirre on se, että sen tutkimuskohteena on ihminen. Tällöin tutkimuksen perustana olevia filosofisia ongelmia ovat ihmiskäsitys, eli millainen ihminen on tutkimuskohteena sekä tiedonkäsitys, eli miten kyseisestä tutkimuskohteesta voidaan saada tietoa ja millaista tieto on luonteeltaan. Niin hermeneuttisessa kuin fenomenologisessakin tutkimuksessa keskeisiä käsitteitä on *kokemus*, *merkitys* ja *yhteisöllisyys*. Fenomenologinen tutkimus voidaan tarkentaa myös koskettamaan kokemuksen tutkimusta, koska ihmisen suhde maailmaan ymmärretään intentionaaliseksi (”suuntautunut tarkoittaen johonkin”) ja koska kaikilla ilmiöillä on yksilölle jotain merkitystä, kokemus muotoutuu yksilön henkilökohtaisten merkitysten mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34–35.)

Jokaisella yksilöllä on omanlainen suhteensa asioihin yksilön elämänpiirissä: muihin ihmisiin, sosiaalisiin tapahtumiin, esineisiin tai luonnonilmiöihin. Esimerkiksi opettajan suhde koulumaailmaan on hyvin erilainen kuin oppilaan, vaikka he kaikki elävät samassa tilassa ulkopuolisen silmin katsottaessa. Kyse on perspektiivistä – heidän suhteensa toisiinsa, tapahtumiin ja ympärillä olevaan tilaan on erilainen. Jokaisen yksilön kehykset sille, miten hän maailman kokee ja elää ja millaisesta perspektiivistä asioita katsoo, on rakentunut yksilön elämänhistorian myötä. Kehykset rakentuvat aiempien kokemusten, käsityksien, arvojen ja tuntemisen tapojen avulla. Näiden

kehyksien rajoissa koemme ja tulkitsemme kokemaamme ja rakennamme uusia käsityksiä maailmasta. Tämän vuoksi ihmistä ei koskaan voi yrittää ymmärtää irrallaan maailmasta. Ihmisen kokemuksellisuus on fenomenologian mukaan ihmisen maailmasuhteen perusmuoto, joka tarkoittaa sitä, että elämä ei ole olemassa meille ensisijaisesti käsitteellisen ajattelun kautta, vaikkakin kokemuksiin liittyy aina myös ajattelua. Havainnollistaen voisi ajatella esimerkiksi mitä on olla rakastunut ja mitä eroa sillä on rakkauden ajatteluun. (Laine 2015, 30–31.)

Kokemukset rakentuvat merkityksistä ja maailma, jossa me elämme, näyttäytyy meille merkityksinä. Kun tutkimuskohteena ovat kokemukset, tutkitaan niiden merkityssisältöä ja rakennetta. Ihmisen perusolemukseen liittyy fenomenologien mielestä myös yhteisöllisyys ja merkitysten syntysija on yhteisö. Merkitykset eivät siis ole meissä synnynnäisesti, vaan ne syntyvät siinä yhteisössä, jossa yksilö kasvaa ja kasvatetaan. Ihminen nähdään kulttuuriolentona ja merkitykset intersubjektiivisina eli subjektien välisinä tai subjekteja yhdistävinä. Toisin sanoen siis muiden kokemukset ja se, mitä pystymme niistä ymmärtämään, ovat jaettuja, yhteisöllisiä. Erilaisissa kulttuureissa elävillä ihmisillä on erilaiset todellisuuteen perustuvat merkitysmaailmat, koska elämissä maailma on toisiinsa nähden erilainen. (Laine 2015, 31–32.) Tämän vuoksi toisista kulttuureista tulevia ihmisiä voi olla välillä hankala ymmärtää. Myös mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivillä elämis- ja merkitysmaailma voi olla hyvin erilainen kuin normaalioloissa elävillä ihmisillä ja näen tämän vaikuttavan muun muassa stigman syntymiseen. Päihdeympyröissä vallitseva kulttuuri voi poiketa hyvinkin paljon normina pidetystä esimerkiksi moraalien suhteen ja se voi näyttäytyä turvallisessa ja normaalissa kasvuympäristössä kasvaneelle pelottavalta ja oudolta, rikolliselta ja pahalta.

Hermeneuttinen ulottuvuus tulee fenomenologiseen tutkimukseen tulkinnan tarpeen myötä, jossa tulkinnalle yritetään etsiä mahdollisia sääntöjä, joita noudattamalla voitaisiin puhua vääristä ja oikeammista tulkinnoista. Hermeneuttisella ymmärtämisellä tarkoitetaan siis ilmiöiden merkityksen oivaltamista. Ymmärtäminen vaatii aina tulkintaa ja jotta uusi asia voidaan ymmärtää, käytetään pohjana jo aiemmin ymmärrettyä. Ymmärtäminen siis sisältää esiymmärtämisen ja toimii kehämäisesti, ns. hermeneuttisena kehänä. Fenomenologisen hermeneuttisen tutkimuksen tavoitteena on käsitteellistää tutkimuksen kohteena oleva ilmiö eli kokemuksen merkitys ja tehdä jo

tunnettu tiedetyksi. Tavoitteena on siis nostaa tietoiseksi ja näkyväksi se, mikä on tottumuksen myötä saattanut hälvetä näkymättömiin tai se, mikä on koettu, muttei tietoisesti ajateltu ja ymmärretty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34–35.)

Fenomenologisen tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä jostain inhimillisen elämän ilmiöstä. Ihmisen parempi ymmärtäminen ja tunnetun tekeminen tietoiseksi ei synny vain tarpeesta tuntea itseään paremmin vaan tutkimuksella voi olla myös tärkeä tehtävä ihmisiin liittyvien ongelmien selvittelyssä ja muuttamisessa. Yleensä tutkimme jotain ihmiseen liittyvää aluetta siksi, että siinä on havaittu ongelmia ja muutostarpeita. Ihmiselämän ongelmat ovat yleensä ihmisen oman toiminnan tulosta ja jotta toimintatapoja voidaan kehittää parempaan suuntaan, tulee ymmärtää toimintatapojen merkitysrakenteita. (Laine 2015, 50.)

4.2 Aineiston keruu ja analyysi

Olen saanut tutkimuksen aineiston käyttöni tutkimusyhteistyön kautta. Yhteistyö alkoi Sosiaalityön tutkimuksen päivillä Kuopiossa 2014 kun tutkimuskumppanini piti esittelyä omasta tutkimussuunnitelmastaan ja olin tuolloin jo tietoinen tulevasta pro gradu-tutkielmastani. Tutkimuskumppanini tekee tutkimusta kaksoisdiagnosoitujen kuntoutuspoluista ammatilliseen lisensiaatintyöhönsä. Tutkimusyhteistyön tarkoituksena on tuoda esiin kaksoisdiagnosoitujen tilanne Suomessa ja tuoda esiin moniulotteiset ongelmat, joita kaksoisdiagnosoidut kohtaavat arjessa, terveydenhuollossa, sosiaalisissa suhteissa sekä yhteiskunnassa. Tutkimuskumppanini tutkimuksen koko aineisto käsittää kuusitoista haastattelua ja haastateltujen määrä on viisitoista. Tästä joukosta minun tutkimukseeni päätyi kuusi haastattelua. Olen saanut haastattelut käyttöni sillä ehdolla, että tuotan niistä litteraatiot itse ja myös tutkimuskumppanini saa litteroidut haastattelut käyttöönsä. Toisin sanoen siis vähensin hänen litterointimääräänsä. Haastatteliija on rekrytoinut haastateltavat tuntemiensa avainhenkilöiden kautta. Haastattelut on suoritettu yleensä haastateltavien sen hetkisisissä hoito- ja kuntoutuspaikoissa tai erään kolmannen sektorin toimijan tiloissa. Haastatteliija on ehdottanut haastattelupaikkaa haastattelun aikataulusta sovittaessa. Haastateltavat, joiden haastattelut ovat päätyneet myös minun tutkimukseeni, ovat lukeneet tutkimuskutsuni (Liite 1) ja täyttäneet ennen haastattelua suostumuslomakkeen (Liite 2),

jossa he antavat luvan käyttää haastatteluaan myös minun tutkimuksessani. Tutkimuskutsussani on vanhaa tietoa ensimmäisen tutkimussuunnitelman pohjalta. Tutkimukseen osallistuneet ja minulle aineistonkäyttöluvan antaneet ovat kuitenkin osallistuneet täysin nimettöminä, joten vahinkoa ei tutkimuskutsussa olleiden väärin tietojen vuoksi ole tapahtunut. Tutkimukseen osallistuminen ja haastattelukysymyksiin vastaaminen on lisäksi ollut ehdottoman vapaaehtoista.

Tutkimukseen osallistuneilta haastateltavilta on edellytetty jotakin vakavan mielenterveydellisen häiriön diagnoosia. Lisäksi haastateltujen henkilöiden on täytynyt olla tutkimushetkellä päihteittä ja heillä on tullut olla hoitosuhde jonkinlaiseen päihde- tai mielenterveyshoitoon tai -kuntoutukseen. Näillä rajauksilla on varmistettu tutkimuksen kohderyhmän relevanttius ja tutkimuksessa mukana olleiden ymmärrys tutkimukseen osallistumisesta ja sen tarkoituksesta. Haastateltavat ovat myös saaneet apua heidän akuuteimpaan palvelutarpeeseensa.

Haastattelut on toteutettu löyhästi strukturoitua teemahaastattelua hyväksi käyttäen. Haastateltavat ovat saaneet kertoa oman tarinansa päihde- ja mielenterveysongelmien hoito- ja kuntoutushistoriasta. Haastateltavat saivat itse valita, mistä elämäntapahtumasta alkaen tarinansa aloittivat – usein tarina alkoi lapsuudesta ja/tai ensimmäisistä päihdekokeiluista tai mielenterveysongelmista. Haastatteluteemat olivat seuraavanlaiset:

- Hoitoon ohjaamisen tai hakeutumisen syyt ja motiivit: samanaikaisten päihde- ja mielenterveyden ongelmien aiheuttamat haasteet arjelle ja kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille
- Mahdolliset toisten osapuolten tekemät hoitoonohjaukset tai tahdosta riippumattomat hoidot
- Omaehtoinen hoitoon ja kuntoutukseen hakeutuminen ja palvelujen saatavuus
- Kohtaamiset auttamistyöntekijöiden kanssa
- Eri kuntoutusmuotoihin siirtyminen; toimivat ja toimimattomat palveluketjut
- Oman kuntoutumisprosessin eteneminen
- Elämänhistorian arviointi: eletylle ja koetulle elämälle annetut merkitykset

- Hoito- ja kuntoutushistorian arviointi: toipumisen kannalta merkitykselliset järjestelmän epäkohdat ja onnistumiset

Saatuani haastattelunauhoitteet, olen kuunnellut ja litteroinut ne sanasta sanaan. Litteroitua tekstiä on yhteensä 111 sivua rivivälillä 1,5 ja fonttikoolla 12. Tutkimukseeni päätyneet haastattelut ovat noin tunnin pituisia. Haastatelluista kolme on naisia ja kolme miehiä. Kaikki haastateltavat ovat keski-ikäisiä aikuisia. Aineistossani päihdeongelmista on edustettuna kaikki, eli alkoholi- (4) ja huumeriippuvuus (2) sekä sekakäyttö (2), johon sisältyi pähteiden lisäksi myös lääkkeiden väärinkäyttöä. Mielenterveyteen liittyvistä diagnooseista on edustettuna kaksisuuntainen mielialahäiriö (2), paniikkihäiriö, ahdistuneisuushäiriö (2), vakava masennus (2), paranoidinen skitsofrenia, antisosiaalinen persoonallisuushäiriö sekä jokin erittelemätön persoonallisuushäiriö. Yksi haastatelluista ei nimennyt hänelle annettua diagnoosia, mutta on kärsinyt psykoosijaksoista. Joillain haastatelluista on vain yksi diagnoosi ja joillain taas useampia.

Analyysi on toteutettu sisällönanalyysillä, jolla on pyritty saamaan tässä tutkimuksessa tutkitusta ilmiöstä tiivistetty, mutta yleinen kuva (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Aloitin analyysin etsimällä aineistosta käsitteitä, jotka liittyvät tutkittavaan ilmiöön, jättäen ulkopuolelle kaiken tämän tutkimuksen kannalta merkityksettömän. Tämän jälkeen aineisto on pilkottu pieniin osiin ja liitetty sen jälkeen isompaan, lukuisia pieniä osia kuvaavaan käsitteeseen, joita kutsun alakategorioiksi. (Anttila 1996, 305–306.) Alakategorioita syntyi ensimmäisen jaottelun jälkeen kaksitoista. Tämän jälkeen jaottelin saadut alakategoriat suurempiin yläkategorioihin, joita on neljä.

4.3 Holistinen ja systemaattinen ihmiskäsitys kategorisoinnin apuna

Käytin kategorisoinnissa apunani Lauri Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen sekä Pauli Niemelän systemaattisen ihmiskäsityksen teoriaa, koska haluan tuoda tutkimuksessani esiin ihmisen kokonaisvaltaisena olentona. Kuten Niemeläkin (2014, 17) toteaa, ”kokonaisuus rakentuu juuri osiensa perusteella, vaikka kokonaisuus onkin enemmän kuin osiensa summa”. Lauri Rauhalan mukaan ihmisen olemassaolo voidaan jakaa filosofisten analyysien pohjalta kolmeen perusmuotoon: tajunnallisuuteen,

kehollisuuteen ja situationaalisuuteen (Rauhala 2014, 32). Niemelä vie analyysia hieman pidemmälle systemaattisen ihmiskäsityksen teoriassa ja hänen mukaansa ihmisen rakenneosajärjestelmä voidaan jakaa myös kolmeen osaan: bio-fyysiseen, psyykkis-tajunnalliseen sekä kielellis-sosiaaliseen osajärjestelmään. Jokainen Niemelän osajärjestelmä sisältää vielä kolme ulottuvuutta ja tasoa.

Rauhalan tajunnallisuuden ajatukseen liittyvät vahvasti käsitteet tajunta ja mieli. Tajunta käsitetään kyseisessä ihmiskäsityksessä inhimillisen kokemisen kokonaisuudeksi. Mielen avulla sen sijaan ymmärrämme asiat joiksikin. Mieli on siis merkityksen antaja. Kun mieli on yhteydessä johonkin objektiin, asiaan tai ilmiöön niin että ymmärrämme sen, syntyy merkityssuhde. Näistä merkityssuhteista syntyy verkostoja, jotka muodostavat maailmankuvamme sekä käsitykset itsestämme. Merkityssuhteet voivat olla vääristyneitä, heikkoja tai virheellisiä, mutta silti olemassa. Merkityssuhteet saattavat jäsentyä uudelleen, unohtua ja muistua jälleen mieleen. Tämän ihmiskäsityksen mukaan psyykkiset häiriöt ovat myös merkityssuhteita ja/tai niiden muodostamia verkostoja, mutta ne vain ovat merkityksen omistajalle epäsuotuisia. (Rauhala 2014, 34–36.)

Niemelä jakaa psyykkis-tajunnallisen osajärjestelmän kolmeen ulottuvuuteen: tunteeseen (*vietti-, minuus- ja yhteistuntoelämykset*), tietoon (*havainto-, päättely- ja oppimiskokemukset*) ja tahtoon (*ehdottomat, vapaat ja ehdolliset refleksit*). Tunne-elämysten tarkoituksena on Niemelän mukaan jäsentää olemassaolomme kokemusta ja sen ajallista ja jatkumollista luonnetta. Erityisen tärkeä tunne-elämysten tarkoitus on myös jäsentää persoonallisen identiteettimme muodostumista sekä itsetunnon järjestäytymistä. Tunne-elämyksistä muodostuu kokemuksia ja kokemukset muokkaavat meitä. Tieto-olentona sen sijaan me havainnoimme, päätelemme ja uskomme asioita. Tiedon avulla me hahmotamme todellisuutta eli olemassa olevaa tiedollisesti ja luomme siitä maailmankuvan. Tietoaktiviteetit kohdistuvat aina johonkin objektiin ja tavoitteena on ymmärtää ja tiedostaa kyseessä oleva kohde. Näin ollen tietokokemusten tarkoituksena on ohjata meitä jäsentämään olevaisuutta ja rakentamaan ymmärrystä ja tietoisuutta erilaisista ilmiöistä. Viimeisenä ulottuvuutena on tahto, jossa kyse on ihmisen olemuksesta ja sen suuntautumisesta. Se siis toteuttaa ihmisen olemuksellisuuden mieltämistä ja toteuttamista ja sen avulla suuntaudumme tiettyihin päämääriin. Ihmisellä on kyky asettaa tavoitteita ja harkita valintojaan, jotka ovat

tahdon ansiota. (Niemelä 2014, 56–75.) Olen liittänyt Rauhalan tajunnallisuuden ja Niemelän psyykkis-tajunnallisuuden analyysini yläkategoriaan **psyykkinen**.

Jotta voidaan ymmärtää ihmisen kehollisuus olemassaolon perusmuotona, tulee paljastaa myös sen ympäristössä esiintyvä tapahtumisen struktuuri. Kehollisuuteen liittyy aina aineellis-orgaaninen koskettava lähivaikutus, eli mikään kehollisuuden ympärillä tapahtuva ei tapahdu vain symbolisesti tai käsitteellisesti. Esimerkiksi sydän ei pumpppaa elimistössämme verta vain symbolisesti, vaan konkreettisesti raskasta työtä tehden. Koska kehollisuuteen ei liity vain symboliikkaa, vaan se on kiinteästi tekemisissä konkretian kanssa, ovat kehollisuudessa tapahtuvat asiat ihmisen kokonaisuuden kannalta luotettavampia kuin tajunnan antamat symboliset tulkinnat. Tulkinta riippuu aina tulkitsijan maailman- ja elämäkatsomuksesta ja siksi ne ovat vaihtelevia ja usein jopa epäluotettavia. Sen vuoksi on onni, että elintoiminnot ja orgaaninen elämä toimii erillään näistä tulkinnoista, niistä mitään tietämättä. Kehollisuuteen liittyy elämä. Se on orgaanisten tapahtumien ydin ja se voidaan käsittää periaatteessa samalla tavoin kuin mieli tajunnallisuudessa. Olemassaolonsa aikana orgaaniset elolliset olennot toteuttavat itseään tapahtumassa, jota kutsumme elämäksi. Ihminen on olemassa olevien elävien olentojen korkeimpia olentoja ja tällaisilla olennoilla on elämässään osatehtäviä, joiden toteutumisesta voidaan tarkastella. Vaikka elämään itseensä jäisikin jotain käsittämätöntä, osatehtävissä onnistumisesta voidaan tutkia. (Rauhala 2014, 38–41.)

Niemelän bio-fyysinen osajärjestelmä sisältää kolme ulottuvuutta: sisä-, suku- ja ulkoelimet (*säilymis-, lisääntymis- ja suojaelimet*), autonomisen hermoston, aistit ja aistihermoston sekä keskushermoston ja puhe-elimien (*säätely-, tiedonsiirto- sekä tiedostamis- ja tiedonlähettämiselimet*) sekä selän, jalat ja kädet (*tuki-, liikunta- ja toimintaelimet*). Ihmisen toteutumisen ja säilymisen kannalta sisäelinten toiminta materiaa hyväksikäyttävänä elimistönä on tietysti eloonjäämistä ajatellen hyvin tärkeä osa ihmistä. Material, eli ravinnon, nauttiminen tuo meille energiaa, jolla jaksamme. Material jäännökset poistuvat suun, vatsan, suoliston ja virtsaamiselimien kautta. Keuhkot vastaanottavat happea ja poistavat hiilidioksidia, sydän pumpppaa verta, joka virtaa verenkiertojärjestelmässämme. Elämän jatkuvuus on ihmiselle hyvin keskeinen funktio. Lisääntyminen ei olisi mahdollista ilman lisääntymiselimiä ja hormonijärjestelmää. Sukupuolielimillä on myös hyvin tärkeä eroottinen merkitys.

Ulkoisilta stressitekijöiltä meitä suojaa suojaelin, eli iho. Ihmisen kasvot ovat muihin eläimiin nähden hyvin erilaiset ja niitä voidaan muokata esimerkiksi kauneudenhoitotuotteita hyväksi käyttäen. Ulkonäöllä ja kehoallisuuden kokemuksellisella merkityksellä on paljon vaikutusta ihmisen itsetuntoon ja minäkäsitykseen. Autonominen hermosto, aistit ja aistihormosto sekä keskushormosto ja puhe-elin ovat nekin tärkeitä ihmisen olemassa ololle. Niiden avulla vastaanotamme ja lähetämme informaatiota. Autonominen hermosto pitää myös yllä sisäelinten säätelyä, jotta kehomme toimisi oikein ja säilyisimme elossa. Aistijärjestelmä on ihmisen tiedonsiirtojärjestelmä. Hormoston avulla välittyy impulsseja aivoihimme ja keskushormostoomme siitä mitä olemme aistineet. Ylin informaation käsittely-, tallentamis- ja ajatteluelin on aivot, jotka ovat myös tiedostamiselin. Aivojen eri osilla on oma tehtävänsä aivojen ja koko ihmisen toiminnan kannalta. Viimeisimpänä ulottuvuutena on tuki-, liikunta- ja toimintaelimet eli selkä, jalat ja kädet. Niiden ansiosta kykenemme liikkumaan, tekemään työtä ja toimimaan. Käyttäminen vaatii kuitenkin energiaa, jota saamme materiasta, jonka olemme nauttineet ja jonka sisäelimemme ovat energiaksi vapauttaneet. Myös voima on tärkeää, jotta kädet ja jalat jaksavat suorittaa niiltä vaaditut tehtävät. Luut, lihaksisto ja jänteet pitävät meidät pystyssä ja kasassa, jotta raajojen käyttö ylipäänsä on mahdollista. (Niemelä 2014, 41–45.) Analyysissäni Rauhalan kehoallisuus ja Niemelän bio-fyysinen osajärjestelmä on liitetty yleiskielisempään käsitteeseen **fyysinen**.

Rauhalan situationaallisuuden käsite ihmisen olemassaolon perusmuotona tarkoittaa ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja sen mukaisesti. Sen ymmärtäminen voi olla hankalampaa kuin sinällään ymmärrettävien tajunnallisuuden ja kehoallisuuden ymmärtäminen, mutta situationaallisuuden tärkeyttä ihmisen kokonaisuudessa ei voi sivuuttaa. Sitoutuessaan situaatioidensa rakennetekijöihin eli komponentteihin, ihminen tulee sellaiseksi kuin näiden komponenttien olemus ja luonne edellyttää. Situaatiot rakentuvat joko kohtalonomaisesti, jolloin niihin ei voi vaikuttaa tai oman valinnan kautta, jolloin ihminen voi itse muunnella situationaallisuuttaan. Kohtalonomaisesti rakentuva situaatio on esimerkiksi geenit, vanhemmat, kansallisuus ja yhteiskunta, kun taas oman valinnan kautta rakentuva situaatio on esimerkiksi aviopuoliso, ystäväpiiri, ammatti, työ ja asunto. Situaatioiden rakentamiseen liittyy myös konkreettiset ja ideaaliset komponentit. Konkreettisia ovat esimerkiksi saasteet, virukset, maantieteelliset ja ilmastolliset olot,

luonto ja kodin ulkonaiset puitteet. Ideaalisia ovat muun muassa normit, uskonnollisuus, kulttuuri, ihmissuhteiden koettu sisältö ja inhimillisen kanssakäymisen muodot. Situaatio on sitä, mitä ihminen on suhteessa johonkin. Käänteisesti taas suhteessa oleminen johonkin on tilanteen rakennetekijän vaikutuksen alaisuutta. Tilanteen komponenteissa on siis vaikutussuhde, joka on myös välttämätöntä eli välttämättömyyssuhde. Kun jokin rakennetekijä, eli komponentti kuuluu ihmisen tilanteeseen, on sillä jonkinlainen vaikutus ihmisen olemassaolon tapaan ja laatuun. (Rauhala 2014, 41–43.) Vaikka ihmisillä voi olla samanlaisia tilanteita, kuten yhteiskunta, maantieteelliset ja ilmastolliset olosuhteet ynnä muut, tilanteet ovat kuitenkin aina ainutkertaisia ja yksilöllisiä. Aviopuolisot, ystävät, työ ja muut meille itselle tärkeät asiat, jotka olemme myös itse saaneet valita, tekevät tilanteista ainutkertaisia, ainutlaatuisia ja yksilöllisiä. (Rauhala 2014, 33.)

Niemelän kielellis-sosiaalisen osajärjestelmän päätehtävänä on toiminnan osajärjestelmän kannalta varmistaa yhteistoiminnan ja yhteiselämän onnistuminen. Kielellis-sosiaalinen osajärjestelmä on edellisten osajärjestelmien tavoin jaettu kolmeen ulottuvuuteen: elämys-, ilmaisu- ja kertomusyhteyteen (*ekspressiivinen vuorovaikutussuhde*), ajatus-, puhe-/keskustelu- ja kirjoitusyhteyteen (*informatiivinen vuorovaikutussuhde*) sekä tavoite-, tapa-/hyve- ja sääntöyhteyteen (*direktiivinen vuorovaikutussuhde*). Ekspressiivinen vuorovaikutussuhde koskee ihmisen sisäistä todellisuutta eli subjektiivista maailmaa ja sen elämys-, ilmaisu- ja kertomusyhteyttä kanssaihmiin. Tähän vuorovaikutussuhteeseen kuuluvat meille kaikille tärkeät läheisiin ihmissuhteisiin liittyvät rakkauden ja ystävyys-tunnustukset. Toisin sanoen tässä vuorovaikutussuhteessa on kyseessä emotionaaliset, tunnelautuneet, elämysyhteydet ja niiden ilmaiseminen. Usein puhutaan ihmisten välisestä kemiasta ja se liittyy juuri ekspressiiviseen vuorovaikutussuhteeseen. Kutsuttu ”kemia” on positiivista vetovoimaa tai negatiivista kokemusta toista kohtaan. Ihminen voi siis olla puoleensa vetävä tai luotaan työntävä. Ihmisten välinen kemia joko toimii tai ei ja sen muuttaminen on mahdotonta. Kyseessä on siis hyvin syvälinen tunne- ja elämysperäinen suhde, joka ilmenee myös ei-kielellisin keinoin. Ilmeet ja eleet, korut, lävistykset, tatuoinnit, muodin mukainen tai ei-mukainen pukeutuminen ovat ei-kielellistä ilmaisua ja saattaa vaikuttaa ihmisen puoleensa vetävyyteen tai luotaan työntävyyteen. Informatiivinen vuorovaikutussuhde sisältää ihmisen uteliaisuuden ja tiedontarpeen. Se tarkoittaa lähinnä siis tiedon avulla tapahtuvaa yhteydenpitoa ihmisten

välillä ja ilmenee yleensä puheena. Kielellisesti se on tiedon esittämistä ja kuvaamista ja viestinnällisesti tiedonvälittämistä. Tiedonvälittäminen ja vaihtaminen onnistuvat dialogissa esimerkiksi kysymällä ja vastaamalla. Direktiivinen vuorovaikutussuhde tarkoittaa ihmissuhteisiin liittyvää toiminnan ja käyttäytymisen ohjaamista. Vuorovaikutussuhde on muodollisesti siis ohjauksellinen, kuten esimerkiksi lapsia ja nuoria kasvattava, urheilijaa valmentava, puolisoa hallitsemaan pyrkivä ja niin edelleen. Olennainen asia on siis se, että tällainen ihmissuhteen ulottuvuus koskee normien mukaista toimintaa yhteisössä ja taustalla on itse kunkin vastuut ja velvollisuudet yhteisössä ja ihmissuhteissa. Se sisältää myös moraalijattelun, eli mikä on oikein ja mikä väärin, mikä on hyvää ja mikä pahaa. Niemelä toteaa Habermasin kuvaavan tätä ”sosiaalisena maailmana”, jolla hän tarkoittaa yhteiselämää koskevia velvollisuuksia, tapoja ja sääntöjä. Niemelä puhuu mielummin toiminnallisesta ihannemaailmasta, jolloin direktiivisen käsitteellä voidaan tarkoittaa kaikkia normatiivis-luonteisia määräileviä, kieltäviä, käskeviä, suostuttelevia, sallivia, pyytäviä, varoittavia ym. kielenkäytön tapoja, joita voidaan käyttää toisen toiminnan ohjailussa. (Niemelä 2014, 109–127.) Olen liittänyt situationaalisuuden ja kielellis-sosiaalisen osajärjestelmän analyysissäni **sosiaaliseen**.

Rauhalan holistinen ja Niemelän systemaattinen ihmiskäsitys käsittää siis meidän kehollisen/bio-fyysisen, tajunnallisen/psykykkis-tajunnallisen ja situationaalisen/kielellis-sosiaalisen puolemme. Olemme järjellisiä olentoja, joilla on lihallinen olemismuoto. Olemme ja ilmenemme suhteessa johonkin ja joihinkin, koska kukaan ei voi olla irrallaan ympäröivästä maailmasta ja ihmisistä. Sosiaalityön kannalta juuri situationaalisuuden ajatus on tärkeä, koska situaatioiden vaikutusta ihmiseen ei sovi unohtaa. Rauhalan ja Niemelän ihmiskäsitysten lisäksi olen lisännyt **psykososiaalisen** kategorian yläkategorioiden joukkoon, koska joitain käsitteitä oli hankala saada sovitettua joko sosiaaliseen tai psykykkiseen. Jotkut käsitteet olisivat sopineet useampaankin yläkäsitteeseen niiden moniulotteisuuden vuoksi, mutta olen päättänyt tähän jakoon. Olen kerännyt analyysistäni taulukon seuraavalle sivulle (Taulukko 1). Taulukko tiivistää aineistoani ja helpottaa tutkimustulosten avaamista lukijoilleni.

Fyysiset oireet: maksan vajaatoiminta, vatsavaivat, syömättömyys, ulkonäön muutokset, hampaattomuus, unettomuus, huono yleiskunto, c-hepatiitti, vapina, muistikatkokset, alkoholi vaikuttanut hermostoon	FYYSINEN (Kehollisuus, bio-fyysinen)
Kuolemaan liittyvät: kuoleman toivo, kuoleman pelko, itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset, viiltely, elämän merkityksettömyys	PSYKKINEN (Tajunnallisuus, psyykkis-tajunnallinen)
Sairauden käsittely: sairauden kieltäminen, myöntäminen ja hyväksyminen, parantumisen toivo, hoidon tarpeen ymmärtäminen, avun pyytäminen, itsensä kanssa työskentely, sairautentunnottomuus	
Toimintakyky: ei pysty poistumaan kotoa, ei ole voimia toimia, loppuun palaminen, uupuminen, todellisuudentajun menettäminen, työkyvyttömyys, pelot lamauttavat toimintakyvyn	
Tunnemaailma: tunteettomuus, tunteiden turtuminen, päihteisiin pakeneminen, itseinho, itsesääli, itseluottamuksen ja -tunnon menettäminen, epätoivo, luovuttaminen, tuska, tyhjyyden tunne, herkkyys, häpeä, epäonnistuminen, syyllisyys, aggressiivisuus, hyväksynnän hakeminen, impulsiivisuus, ei tunne itseään	
Päihteen ja mielialan suhde: päihde lääkkeenä, alkoholismi tunne-elämän sairaus, päihteet hankaloittavat sairauden oireita, päihteet laukaisevat mielenterveysongelmat	
Sairaan identiteetti: potilaan identiteetti, päihdeongelmaisen identiteetti, ”olla hullu”, ”olla rikkinäinen”, ”olla rakennevikainen”	
Arki: rutiinit, miten sairaus vaikuttaa arkeen, arjen uudelleen opetteleminen, vapaa-ajan täyttäminen	PSYKOSOSIAALINEN
Hallinta, kontrolli: sairauden hallitseminen ja hallitsemattomuus, kulissit, peittely, roolit	
Sosiaaliset suhteet ja ympäristö: sosiaaliset suhteet baareissa, läheisten hyväksikäyttö ja menettäminen, yksinäisyys, vertaistuki, eristäytyminen, läheisten huoli, luottamuksen menettäminen, jengielämä, läheiset pelkää, avioero, vahingoittavat ihmissuhteet	SOSIAALINEN (Situationaalisuus, kielellis-sosiaalinen)
Sosiaaliset ongelmat: asunnottomuus, työttömyys, opiskelun hankaluus, taloudelliset ongelmat, rikollisuus, prostituutio	
Suhde yhteiskuntaan: ei paikkaa maailmassa, yhteiskunnan turhake, toivo päästä osaksi yhteiskuntaa, stigma, syrjäytyminen, byrokratiaan väsyminen	

Taulukko 1: Aineiston kategorisointi

4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen objektiivisuuden ongelmaa tarkasteltaessa erotetaan toisistaan havaintojen luotettavuus ja puolueettomuus. Puolueettomuus havaintojen teossa tarkoittaa sitä, pyrkiikö tutkija todella ymmärtämään tiedonantajaa omana itsenään vai vaikuttaako havaintojen tekoon esimerkiksi tutkijan sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen sitoutuneisuus, kansalaisuus, rooli tai asema. Laadullisessa tutkimuksessa periaatteessa myönnetään se, että tutkija on aina tutkimuksen asetelman tekijä ja luoja ja väistämättä tutkijalla on vaikutusta tutkimuksen tulokseen. Luotettavuuspohdinnassa tulee kiinnittää huomiota myös siihen, onko tutkija tutkittavan asian suhteen puolueeton. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–136.)

Koen tutkimukseni luotettavana, mutta on olemassa seikkoja, joilla voi olla vaikutusta tutkimukseni luotettavuuteen. Puolueettomuusproblematiikkaa pohdittaessa, tämän tutkimuksen luotettavuuteen on voinut vaikuttaa se, että haastatellut olivat haastattelijalle entuudestaan tuttuja. Haastattelijan asema on ennen tutkimuksen tekoa ollut hoitolaitoksen henkilökunnan edustajana ja tällainen henkilökunta-potilas-asetelma on voinut vaikuttaa myös haastatteluihin. Sillä on saattanut olla vaikutusta siihen, mitä haastatellut ovat kertoneet tai jättäneet kertomatta. Toisaalta haastatellut ovat voineet kokea haastattelijan luotettavaksikin, koska tuntevat tämän ja ovat sen vuoksi kertoneet asiat niin kuin ne todellisuudessa ovat. Haastatellut tuskin olisivat suostuneet tutkimukseen osallistumiseen, jos kokisivat haastattelijan epämiellyttävänä tai epäluotettavana.

Yksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttanut seikka on tutkimuksen aineiston suppeus. Haastatteluja on kuusi, joka mielestäni sopii tämän tasoisen tutkimuksen tekoon, mutta näin pienen aineiston myötä tutkimuksen yleistettävyyks on hankalaa. Lisäksi haastattelut on kerätty vastaamaan tutkimuskumppanini tutkimusongelmaan eikä suoranaisesti minun tutkimukseeni. Aineiston käsittely ja analysointi oli tämän vuoksi hieman hankalaa ja tutkimustulokset ovat mahdollisesti jääneet hieman suppeiksi. Jos haastattelut olisi tehty käyttäen minun tutkimusongelmaani koskevia teemoja, olisi aineistosta voinut saada paljon enemmän irti. Tutkimuksellani saadaan kuitenkin jonkinlaista käsitystä siitä, millaisten ongelmien kanssa kaksoisdiagnosoidut arjessaan painivat. Aihetta on tutkittu Suomessa vähän ja minun ja tutkimuskumppanini

tutkimuksilla voi mahdollisesti olla vaikutusta kaksoisdiagnosoitujen palvelujärjestelmän kehittämiseen.

Tutkimukseni nojaa löyhästi fenomenologiseen tutkimusperinteeseen, johon kuuluu aineiston tulkinta. Olen tehnyt tulkinnan ja analysoinnin tarkasti, paljon aikaa käyttäen ja objektiivisuuteen pyrkien. Tutkijana minulla on vastuu tekemistäni tulkinnoista ja olen tehnyt ne omalla tyyllilläni. Joku toinen voisi päätyä samalla aineistolla erilaisiin johtopäätöksiin ja tuloksiin. Tutkimusaihe on sensitiivinen ja aiheutti minullakin tutkijana paljon tunteita ja ajatuksia, joka on voinut vaikuttaa tulkintaan ja analyysiin. Olen kuitenkin pyrkinyt saamaan tutkimusaineistosta paljon tärkeitä asioita irti ja näyttämään ne tutkimukseni lukijoille sellaisina kuin ne ovat.

Haastateltavat ovat antaneet minulle kirjallisen suostumuksen haastattelujen käyttöön tutkimuksessani. Kirjallinen suostumus sisälsi myös luvan käyttää suoria lainauksia tutkimuksessa. Kukaan haastatelluista ei ole tunnistettavissa tutkimuksestani eikä minulla ole hallussani kenenkään henkilötietoja. Näin varmistan tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin. Totesin jo aiemmin suostumuslomakkeeseen liitetyn infokirjeen sisältävän virheellistä tietoa tutkimukseni aiheesta. Infokirje on kirjoitettu aiemman tutkimussuunnitelman aikoihin ja tutkimusongelmani muuttui tuon infokirjeen toimittamisen jälkeen. Tutkimukseen osallistuneet ovat harmillisesti saaneet väärää informaatiota tutkimuksestani, mutta en usko suurta vahinkoa tapahtuneen, koska suostumus haastattelujen tutkimuskäyttöön on kuitenkin annettu.

Säilytän haastattelujen äänitiedostot sekä litteroidut haastattelut salasanalla suojatulla tietokoneellani kotiloissa kunnes tutkimus on saatu päätökseen. Tämän jälkeen hävitän omat tiedostoni sekä tulosteet ja muistiinpanot litteroiduista haastatteluista. Tutkimuskumppanillani on kuitenkin kopiot haastatteluäänitteistä ja litteroinneista, koska hän käyttää niitä vielä omassa tutkimuksessaan. Toimin tutkimusta tehdessäni hyvän tieteellisen käytännön periaatetta noudattaen ja tutkimukseen osallistuneita kunnioittaen.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Sairauden fyysiset merkitykset

Sairauden fyysiset merkitykset eivät korostuneet haastateltujen kertomuksissa, mutta erityisesti huumeita käyttäneillä fyysisiäkin merkityksiä löytyi. Merkitykset liittyivät tiivistä päihdehäiriöön, eivätkä niinkään mielenterveyshäiriöön. Pitkäaikaisella huumeiden käytöllä oli ollut vaikutusta ulkonäköön ja yleiskuntoon, kuten hampaisiin, painoon ja ihoon sekä yleiseen olemukseen.

”Mä painoin 52 kiloa kun pääsin vankilasta. Mä olin ihan harmaa ja sitte silmät oli semmoset mustat ympäriltä ja porukka sano, et mee kattoo ittees peiliin ja tyttöystävät ja kaikki sano, et missä kunnossa mä oon niinku, et ei jumankauta. Vedin sen viimeisen tuomion, kymmenen kuukautta, niinku joka päivä kamaa ihan sairaasti.” (Mies)

”Hampaita laitetaan kuntoon koko ajan, ne tippuu yksitellen. Ihme, että mulla on edes hampaita. Oon mä niistä kyllä huolta pitänyt vaikka oonkin kamaa vetänyt.” (Mies)

Huumeilla sekä alkoholilla oli ollut merkitystä myös sisäelinten ja hermoston toimintaan. Pitkäaikainen päihteiden käyttö oli aiheuttanut lääkärikäyntejä somaattisten oireiden vuoksi. Vaikka päihteillä oli ollut elimistölle haitallisia vaikutuksia ja jopa pitkäaikaisten sairauksien riski, ei niillä ollut vähentävää vaikutusta päihteiden käyttöön. Eräskin haastateltava piti somaattisia oireita ja maksan vaurioitumista ikään kuin vitsinä, joka ei rajoita hänen alkoholinkäyttöään. Somaattisten oireiden lisäksi tulkittavissa oli päihteiden käytön vaikutusta myös kognitiiviseen kyvykkyyteen ja muistin toimintaan. Myös Manning ym. (2009) oli tutkimuksessaan saanut tuloksia päihteiden käytön vaikutuksesta muistin toimintaan kaksoisdiagnosoiduilla tutkituilla. Vaikutukset näkyivät muistin osalta erityisesti työmuistissa ja viivytellyssä verbaalisessa muistissa. Tutkimustulokseni on siis samansuuntainen kuin Manningin ym. saama tutkimustulos.

”Mulla on C-hepatiitti, mutta se on lähteny itestään pois. Mä olin menossa interferoniin niin lääkäri sano mua onnenpekaks.” (Mies)

”Mulla tuli vatsavaivoja ja kävin maksakokeissa. Ne tulokset oli aivan hirveitä. Lääkäri soitti kun olin terassilla bissellä ja sanoi että et voi enää koskaan käyttää alkoholia. Mä sanoin et ”empä” ja join bissee koko ajan samalla.” (Nainen)

”Mul rupes olee vapinaa, tärinää, tutinaa. Rupes muisti pätkiin. Juominen rupes meneen oikeesti hermostoon, et selkeesti hermosto niinku vaurioitu siitä.” (Nainen)

Jotkut fyysiset merkitykset liittyivät mielenterveyden häiriöön. Useampi haastatelluista puhui katkolle lähtemisen hankaluudesta, koska pitkän juoma- tai käyttöputken jälkeen yleiskunto on mennyt huonoksi ja myös psyykkinen kunto on heikko. Tällöin kotoa ei pääse lähtemään edes katkolle. Yksi haastatelluista kuvasti tarkasti myös harhoista johtuvia karkailureissuja, joilla hän ei ole tietääkseen syönyt, juonut tai nukkunut ollenkaan. Psyykkinen huonokuntoisuus vaikuttaa siis välillisesti joissain tapauksissa myös fyysiseen olotilaan. Mielenterveyshäiriöstä aiheutuvilla oireilla voi olla suurikin vaikutus ihmisen arkiseen toimimiseen ja sitä kautta kehon hyvinvointiin. Syömättömyys ja keho ruokahuolto oli mainittu useissa haastatteluissa. Yhdellä haastatellulla se liittyi stressiin, muilla yleensä päihteiden käyttöön; päihteiden vaikutuksen alaisena syöminen unohdettiin tai sitä ei pidetty tärkeänä.

”Mä oon joskus niin huonossa kunnossa, et mä en oo päässy ees katkolle. Eli kunto on niin huono, et tosiaan katkollekin meno on mahdotonta.” (Mies)

”Mä karkasin aina kotoa karkuun jotain olemattomia ihmisiä kun äänet päässä käski. Piileskelin viikon metsässä ilman kenkiä, en syönyt tai juonut viikkoon. En mä tiedä oonks mä edes nukkunu siellä tai mitää.” (Nainen)

5.2 Sairauden psyykkiset merkitykset

5.2.1 Kuolemaan liittyvät

Lähes jokaisella haastatellulla oli takanaan itsemurha-ajatuksia tai –yrityksiä. Yleisimmin itsensä vahingoittaminen liittyi sairauden aiheuttamaan uupumiseen ja epätoivoon. Voimakkaat tunteet, masennus ja jatkuva alakulo aiheuttivat itsemurha-ajatuksia. Siihen liittyi myös ajatus sairauden parantumattomuudesta ja siitä, ettei mikään tai kukaan voi auttaa. Omalla elämällä ei nähty olevan merkitystä ja sen päättäminen oli usein mielessä. Myös olemassaolon vastenmielisyys aiheutti itsemurha-ajatuksia - elämää ei nähty elämisen arvoisena, siitä haluttiin eroon. Yleensä haastatellut olivat yksin tai yksinäisiä itsemurha-ajatuksien tai –yritysten aikaan ja yksin olo ajatustensa kanssa aiheutti tuskaa.

”Taas kerran mä keskellä yötä olin sitä mieltä, että mä en jaksata tätä paskaa ja että eikö tästä niinku ikinä toivu ja yritin jälleen kerran itsemurhaa.” (Mies)

”Kun se masennus on, niin mä oon tiiviisti laput silmillä. Et elämällä ei oo mitään merkitystä, toivoo vaan et joku tulis ja tappais.” (Mies)

”Mä koen koko olemassaolon hirveen vastenmielisenä. Siis kaikkee mikä tähän arkiseen elämään liittyy, mikä on olemassa, mitä mä elän.” (Mies)

Joillain itsemurha-ajatuksia ja –yrityksiä liittyivät myös epäonnistumiseen tai epäonnistumisen pelkoon ja siitä aiheutuvaan ahdistukseen. Esimerkiksi katkolle menon tärkeys ymmärrettiin ja jos siinä epäonnistuu, pettää ikään kuin itsensä, jolloin itsensä ja elämänsä arvostus laskee. Muutamassa haastattelussa itsemurhayritys oli suunniteltu ja sitä oli valmisteltu ennen toteuttamista. Usein itsemurha-ajatuksia ja –yrityksiä esiintyivät myös spontaanisti.

”Mä ajattelin et jos mä en huomenna pääse sinne katkolle lähtemään niin mä tapan itteni tuohon vessaan. Keräsin koko yön aineita että on sit millä tehdä se. Mun mielestä

ihan yritin etten heräisi siitä enää, mut sit kuitenkin heräsin. Ja sit se tilanne oli ihan sama kuin ennenkin kun heräsin.” (Nainen)

Aiempien elämänlaatu tutkimuksien perusteella on todettu, että kaksoisdiagnooitujen elämänlaatu on pelkkää päihde- tai mielenterveyshäiriötä sairastavia heikompi (ks. Benaiges & Prat & Adan 2012 ja Bizzarri ym. 2005). Aiempien tutkimusten mukaan kaksoisdiagnooitujen elämänlaatu oli heikompi jokaisella mitattavalla osa-alueella, joista yksi oli myös itsemurhayritykset. Asiaa voidaan myös ajatella niin päin, että itsemurhayritykset mahdollisesti johtuvat heikosta elämänlaadusta, jolloin itsemurhayritysten ehkäisemiseksi tulisi hoitaa asiakasta kokonaisvaltaisesti yleisen tyytyväisyyden ja elämänlaadun parantamiseksi.

5.2.2 Sairauden käsittely

Haastateltavat käsittelivät sairauttaan eri tavoin ja nähtävissä oli ajattelutavan muutoksia matkan varrella kieltämisestä hyväksymiseen. Usein matka alkoi sairautentunnottomana tai sairaudesta tiedottomana. Haastatellut eivät kokeneet olevansa sairaita. Usein kyllä tiedostettiin, että jotain on vialla, mutta asia sivuutettiin ja elämää jatkettiin normaalisti, kunnes jokin tapahtuma tai oire aiheutti romahduksen. Toisaalta haastatellut tunsivat olevansa hukassa tai eivät enää tienneet ketä ovat ja usein nämä tuntemukset johtuivat sairauden oireista, kuten kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvistä impulsseista maniavaiheessa tai skitsofrenian aiheuttamista harhoista.

”En mä hakenu siihen apua, kun mä en tienny, et mitään on vialla. Et en mä oikeesti tienny et ne on harhoja. Mä luulin oikeesti et mua seurataan.” (Nainen)

”Tyrmäsin terapia-ajatuksen, koska mä en ollu mielestäni sairas. Eikä mulle kukaa ollu sanonukkaa et mä olisin sairas. Mä nauroin sille ajatukselle, musta se oli huvittava ajatus.” (Nainen)

Kun sairaus viimein todettiin tutkimusten jälkeen, takana oli usein jo pitkä taival erilaisia ongelmia mielialan ja päihteiden käytön kanssa. Ongelmien kanssa oli painittu yksin ja tunne itsensä kadottamisesta vahvistui. Kun haastatellut saivat diagnoosin, se

selkiytti ja selitti mennyttä elämää – ongelmat, oireet ja oudot tuntemukset itsessä kuuluivat johonkin kuvioon. Diagnoosi oli helpotus, mutta toisaalta pelottavaa, koska sairaus sai nimen ja usein sairaus todettiin pitkäaikaiseksi ja vakavaksi.

”Se oli hirvee helpotus kun tuli se masennusdiagnoosi. Tuli sellanen konkreettinen et ahaa tää kuuluu niinku johonkin nää oireet. Et mä en oookkaa vaa sekopää.” (Nainen)

”Mul oli vaikee kohdata sitä, et mäki olin sairastunu alkoholismiin isäni tavoin. Sen myöntäminen oli pitkä prosessi.” (Nainen)

Sairaudesta parantuminen puhututti haastateltavia paljon. Kuitenkin ennen parantumista tuli tehdä muutoksia omassa elämässään ja hyväksyä sairaus osaksi itseään. Vakavien mielenterveyshäiriöiden hankala hoidettavuus oli usealle kuitenkin yllätys ja sairaalakäynneiltä ei palattukaan parantuneina ja se aiheutti joissain epätoivoa.

”Mä oon tavallaan halunnu toipua alkoholismista, mut ainakaan siihen aikaan mä en ollu valmis tekee, uhraamaan mitään niinku sen vuoksi.” (Mies)

”Kyllähän sitä toivois, ihan samanlai jos menee jalka poikki, niin kyllähän toivoo, että kun tulee sairaalasta pois, että se olis kunnossa. Niin kyllä kai sitä toivois, et tapahtuis jotain merkillistä, ettei mieli olis enää niin musta.” (Mies)

Myös useat hoitokerrat ja pelko siitä, ettei epäonnistumisia anneta anteeksi ja maksusitoumuksia enää kirjoiteta, pelotti haastateltuja. Se auttoi kuitenkin nöyrytymään sairauden ja hoidon suhteen ja myöntämään tosiasiat; sairauden hoitoon tulee sitoutua jos siitä haluaa parantua. Hoidon tärkeys tunnistettiin hankalien oireiden vuoksi ja sairaalajaksoille toivottiin pääsevän uudelleen, uudella asenteella. Jos hoitoon pääsy evättäisiin, vaihtoehtona olisi jopa itsemurhan tekeminen.

”Mä olin silloin jo miettiny, et nyt meen oikeesti niin nöyränä hakeen apuu, mä olin niin polvilleen sen jutun kaa. Tajusin, et nää on nyt viimesiä kertoja kun apua saan, jos saan enää sitä viimeistäkää kertaa.” (Nainen)

”Saa nähdä, et mitä sit tapahtuu kun ekaa kertaa ei pääsekään hoitoon vaikka haluis. Sit täytyy varmaan tehdä Robin Williamsit.” (Mies)

5.2.3 Toimintakyky

Useilla haastatelluilla sairaudella oli suuri merkitys joka päiväiseen toimintakykyyn. Haastatelluilla esiintyi sosiaalisten tilanteiden pelkoja. Erityisesti paikat, joissa oli paljon ihmisiä, aiheuttivat ahdistusta. Kotoa poistuminen oli useille hankalaa jos sairauden oireet olivat hankalia tai jos päihteiden käyttö oli jatkunut pitkään. Ahdistavien tilanteiden sietäminen ei tuntunut olleen kehittyneen joillain haastateltavista normaalisti, vaan he tarvitsivat ns. rohkaisuryppyä ennen kuin kykenivät hoitamaan arkipäiväisiä toimia, kuten kaupassa käynnin tai pankkiasioinnin. Koska kotoa poistuminen koettiin ahdistavana ja pelottavana, myös avun hakeminen hankaloitui. Katkolle lähteminen oli pelottava ajatus ja vieroitusoireista selvittiin tämän vuoksi yksin kotona.

”Mä olin niin huonossa kunnossa, että mä en voinu ulkona liikkua. Mulla meni pankkiasioihin ja tällaisiin monta tuntia, että pääsin pankkiin asti. Ja ennen sitä piti juoda kymmenen kaljaa ja viinapullo ennen kuin sinne uskalsi mennä.” (Mies)

5.2.4 Tunnemaailma

Haastateltujen tunnemaailma käsitti erittäin laajan kirjon erilaisia tunteita, niiden vaihteluita ja jopa tunteettomuutta. Muutamat haastatellut kuvasivat tunteiden turtumista tai yleistä tunteettomuutta johtuen erityisesti pitkäaikaisesta huumeiden käytöstä. Tunteiden puuttuminen liittyi usein myös rooliin; jengielämässä kiinni olleet kaksi haastateltavaa kertoivat kovasta roolista, johon eivät tunteet kuuluneet. Tunteet olivat ikään kuin heikkoutta huumemaailmassa. Ympärillä tapahtui pelottavia asioita, kuten velkojen kiristämistä ja pahoinpitelyitä ja tästä syystä tunteet piti niin sanotusti sulkea. Vasta sairaudesta kuntoutuessa ja pidempään päihteittä ollessa tunteille annettiin lupa tulla ja niitä oli haastateltavien mukaan jopa mukava ottaa vastaan selvin päin.

Tunteiden tarkastelu ja niiden sietäminen oli kuitenkin välillä hankalaa ja esimerkiksi muille ihmisille tunteiden näyttäminen tuntui vaikealta.

”Ei mulla ollu semmosii tunteita. Se oli semmosta, kovan jätkän roolia piti vetää.”
(Mies)

Tunteettomuudesta päästään toiseen ääripäähän eli jatkuvaan, yleiseen tuskaan. Tuska sanana esiintyi useassa haastattelussa ja sen kerrottiin olleen koko ajan päällä olevaa. Tuskaa oli hankala kuvata, se vain oli. Ajattelen tuskaisuuden liittyvän useisiin samanaikaisiin tunteisiin ja koska haastatelluilla ei ollut hankalasti oireilevan sairauden vuoksi keinoja käsitellä ja kuvata yksittäisiä tunteita, kerääntynyt tunteiden rypäs aiheutti tuskan. Tuska ja yleensäkin muut hankalat ja voimakkaat tunteet vaikuttivat lisäävästi päihteiden käyttöön. Tuska saattoi myös ilmetä päihteiden käytön jälkeisenä tunteena, ikään kuin ”morkkiksena”.

”Se tuska oli ihan käsittämätöntä. Se oli jopa niin suuri, että tavallaan mieli ulkoisti sen et mä muistan sen tunteen aika hyvin kun olin sitä mieltä, että asunnossa on joku, et mä oikeesti tiedän, ettei ole, mut se oli siitä Twin Peaksista se Bob. Mä mietin, et tos se on sängyn päässä ja kolme tuntia piti itelleen vakuutella, ettei siellä ketään ole.” (Mies)

Päihteen ja tunteen välinen suhde näkyi vahvasti haastateltujen kertomuksissa. Tunteita paettiin usein päihteisiin. Huumeita käyttävillä huumeet sulkivat tunteet kokonaan, alkoholia käyttävillä alkoholi paransi mielialaa ja auttoi unohtamaan tunne-elämän hankaluudet edes hetkeksi. Yksi haastateltava totesi viisaasti alkoholismien olevan tunne-elämän sairaus, koska alkoholistit pakenevat itseään, elämään ja kipupisteitään päihteisiin. Seuraukset tietysti ovat tunteiden ja ongelmatilanteiden käsittelemättömyys ja näin ollen käsittelemättömien asioiden kerääntyminen jatkuvasti suuremmaksi ongelmaksi. Haastateltavan toteamus alkoholismien toimintamekanismista tuntuisi olevan totta, koska päihteiden käyttö lisääntyi, mitä hankalammalta elämä tuntui.

”Alkoholismissa on mun mielestä kysymys tunne-elämän sairaudesta. Me paetaan itseämme ja sitä elämäämme ja niitä kipupisteitä sinne päihteisiin.” (Nainen)

Kun mieliala painuu liian pohjalle, esimerkiksi vakavassa masennuksessa, tuntuu mahdottomalta päästä sieltä koskaan ylös. Masennuksen aiheuttama erittäin voimakas alakulo aiheutti usein haastatelluilla tunteen siitä, ettei kukaan voi minua auttaa. Haastatellut menivät tunteeseen ja sulkivat itsensä siihen eikä muilla ollut sisään menemistä. Avautuminen oli hankalaa ja puhumisesta ei nähty olevan edes hyötyä. Apua ei myöskään vakavimmissa masennustiloissa haettu, koska tunne siitä, ettei kukaan voi auttaa, oli liian vahva. Helpommissa masennusoireissa apua kuitenkin haettiin ja varsinkin naiset halusivat keskusteluapua jos sairauden oireet hankaloittivat oloa ja elämää liikaa. Miehet sen sijaan vaikenivat enemmän ja sulkeutuivat mielenterveysongelmaansa liittyvistä oireistaan.

”Kun masennus menee tarpeeks syväks niin mulle tulee se tunne, et mikään ei voi auttaa.” (Mies)

Kaikilla haastatelluilla itseluottamus oli erittäin huono. Tämä johtui lähinnä useista epäonnistumisista elämässä ja omiin mahdollisuuksiin ei enää uskallettu luottaa, koska pettymyksen tunteen pelko oli hyvin voimakas. Haastatellut ennemmin hyväksyivät tilanteensa kuin yrittivät esimerkiksi eroon päihteistä. Itseluottamuksen ja itsetunnon puute vaikutti eniten siis hoitoon hakeutumiseen, mutta sillä oli vaikutusta myös ihmissuhteiden kannalta. Turvallisten ihmissuhteiden etsiminen ei ollut tärkeää, vaan haastatellut usein ripustautuivat itselleen haitallisiin ihmissuhteisiin, joissa he saivat vahvistusta huonolle itsetunnolle. Itseluottamuksen puutteen vuoksi huonoihin oloihin tyydyttiin helpommin, koska itsen ei nähty olevan sellaisen yläpuolella tai niin tärkeä, että ansaitsisi parempaa.

”Välillä tuntuu, että itsetunto ja itseluottamus on niinku hyvinkin kohdallaan, mutta se on tietyllä tavalla semmonen hauras alue, että siihen voi vaikuttaa hyvinki äkkiä. Joku näennäisesti pieni asia, niin se saattaa yht’äkkiä häivyttää mun itseluottamuksen ihan kokonaan.” (Mies)

Häpeä mainittiin useimmissa haastatteluisa. Häpeä liittyi lähes aina päihteiden käyttöön ja päihdeongelmaan. Mielenterveydellisiä ongelmia ei hävetty niin paljoa. Häpeä esiintyi usein suhteessa läheisiin ja yhteiskuntaan. Riippuvuuden ei koettu olevan sairaus vaan oma valinta ja se aiheutti häpeän taakan ja eristäytymisen muista ihmisistä.

Ennen sairauden myöntämistä ja diagnosointia päihteiden käytön nähtiin olevan harmitonta ja ongelmaa ei tunnistettu. Haastateltavat eivät olleet kokeneet häpeää ennen kuin myönsivät riippuvuuden. Häpeä siis oli suhteessa diagnoosiin ja sana ”alkoholisti”, ”narkkari” ja ”nisti” määrittivät haastatellun kokemusta itsestään ja näin ollen aiheutti häpeän. Liittäisin häpeä tuntemukset myös stigman pelkoon. Pelko siitä, mitä muut ihmiset minusta ajattelevat ja minuun suhtautuvat saattoi eristää haastateltuja ja he kokivat olevansa erilaisia kuin muut. Päihteille periksi antaminen ja riippuvuuden syntyminen nähdään paheena yhteiskunnassa, varsinkin jos sen vuoksi ihminen ei ole työkykyinen ja näin ollen kanna korttaan kekoon yhteiskunnan toiminnassa. Siitä syystä päihdeongelmaiset voivat kokea syytelyä, syyllisyyttä ja näin ollen myös häpeää.

”Se sana alkoholisti, se on hirveä häpeätaakka.” (Nainen)

5.2.5 Päihteen ja mielialan suhde

Lähes jokainen haastateltu käytti päihteitä itselääkinnällisesti mielenterveyden häiriön aiheuttamien oireiden hoitoon, joka tukee Reedyn & Kobayashin (2012) tutkimustuloksia kaksoisdiagnoosin syntymisestä itselääkinnän kautta. Päihteitä käytettiin yleensä kun olo oli ahdistunut tai masentunut. Päihteellä oli rentouttava, mielialaa kohottava ja sosiaalistava vaikutus. Koska hankalia tunteita ei käsitelty, tulivat ne voimakkaampina päihteiden käytön loputtua. Jotkut käyttivät tällöin lisää päihteitä, jolloin päihteiden ja mielialan suhteesta tuli kierre, joka kehittyi lopulta vakavaksi riippuvuudeksi. Jotkut osasivat hakea apua päihdeongelmaansa ennen kuin se pahensi riippuvuutta sekä mielenterveyden häiriötä. Haastatellut tunnistivat vasta kuntoutumisprosessissaan päihteen negatiivisen vaikutuksen mielenterveyden häiriön oireisiin. Päihde oli kuitenkin ollut ainoa lääke esimerkiksi alla olevassa sitaatissa naiselle, joka tarvitsi joka aamu huumeannoksen, että kykeni hoitamaan lapsen ja kotinsa ilman että skitsofrenian oireet kävivät liian hankaliksi. Pitkäaikaisen päihteen käytön myötä sairauden oireet kuitenkin pahenivat ja päätyivät hallitsemattomiksi. Muutamissa haastatteluissa päihteiden käytöstä puhuttiin irtiottona. Haastateltavat kokivat, että heillä oli oikeus välillä saada hyvä olo ja pitää hauskaa. Lopputulos oli kuitenkin vielä kurjempi olo ja masentuneempi mieliala.

”Mä niinku tarvitsin sitä ainetta et mä oon vaan terve.” (Nainen)

”Se mun alkoholinkäyttö on ollu niin vahvaa aina, kun se on ollu mun mielialalääke. Et jos mulla on hankala olla, niin alkoholi auttaa siihen heti.” (Mies)

Muutamilla psykoosisairautta sairastavilla haastatelluilla päihteillä oli suora ja hyvin vaarallinen vaikutus. Useimmiten näillä ihmisillä pääpäihteenä olivat kovat huumeet ja ne laukaisivat usein harhaluuloja ja hankalia pelkotiloja, jotka aiheuttivat vaaratilanteita itselle ja muille. Yksi haastatelluista oli oppinut lopulta välttelemään hallusinogeenisia huumeita niiden aiheuttamien harhojen vuoksi. Päihteiden vaikutuksen alaisena psykoottiset haastatellut olivat ajaneet läheisiään kauemmas itsestään, koska läheiset ja muut ihmiset olivat pelänneet väkivaltaa. Alkoholin käytöstä ei haastatteluissa ilmennyt samanlaisia seurauksia.

”Ja sit, ku mä vedin piriä tai pv:tä mä menin aina samaan kuntoon. Olin heti puukot vyöllä ja lähdin jahtaamaan sellasia ihmisiä, joita ei oo olemassakaan. Tai mä kuvittelin, et mut ryöstetään ja kaikkee.” (Mies)

Useilla haastatelluilla päihteiden käyttö kätki alleen psyykkisen sairauden. Haastatellut eivät olleet kokeneet sairastavansa mitään mielenterveyden häiriötä, vaan kokivat itsensä vain päihdeongelmaisiksi. Tämä aiheutti usein hämmästyksiä ja inhoa itseään kohtaan, koska mielenterveyden häiriöstä aiheutuneet oireet olivat haastateltujen mielestä selittämättömiä eivätkä he oikein ymmärtäneet mitä heille tapahtuu. Samaan aikaan jatkuva päihteiden käyttö hankaloitti oirekuvaa ja päihteen ja mielialan kierre syveni. Mielenterveyden häiriön diagnoosin myötä haastatellut saivat lisää ymmärrystä päihteiden käytölleen ja näkivät päihteiden käytön ja mielialan heilahteluiden syy-seuraus-suhteen.

”Mä en niinku tajunnu sitä, et mä oon psyykkisesti sairas, vaan se oli vaan se alkoholi. Niinku et se on siinä sotkenu ne kuviot.” (Nainen)

5.2.6 Sairaalan identiteetti

Muutamat sairaalahoidossa olleet haastatellut kertoivat potilaan ja sairaalan identiteetistä laitospäristössä. Haastateltujen mielestä kahtiajako henkilökuntaan ja potilaisiin ja sairaalan hierarkia sekä potilaiden alhainen asema oman hoitonsa suhteen oli nöyryyttävää ja alentavaa. Potilaan rooliin kuitenkin myönnyttiin ja sairaus tuli osaksi identiteettiä. Sairaala-ympäristössä ei voinut olla oma itsensä, vaan sairaalan sääntöihin tuli mukautua ja normeja noudattaa. Haastateltujen mukaan massasta ei saanut erottua liikaa; liiallinen iloisuus ja omatoimisuus kääntyivät itseä vastaan kun henkilökunta päätteli sen johtuvan esimerkiksi maniasta. Potilaan rooliin ja identiteettiin kuului myös ikään kuin uhrina ja sääliettävänä oleminen – potilaat alkoivat myös käyttäytyä sen mukaisesti.

”Sit jossain vaiheessa rupee tapahtumaan se laitostuminen. Olo on huono ja sä käyttäydyt sen mukaisesti. Hoitajaksot pitenee ja pitenee ja mitään ei tapahdu. Sua kohdellaan potilaana ja siitä sairaudesta tulee liian iso osa sitä sun omaa identiteettiä. Ja sitten tulee hyvin helposti niinku se uhriajattelu ja sä lähet siihen leikkiin mukaan, omaksut sen potilaan roolin.” (Mies)

Monissa haastatteluissa oli tunnistettavissa häpeää omasta rikkonaisuudesta. Sairaus nähtiin heikkoutena, mutta kuntoutuksen aikana siitä löydettiin myös voimaannuttavia asioita. Sairausten hankalimmissa vaiheissa sairaus kuvautui kuitenkin pahana ja kuormittavana, heikoksi tekevänä asiana. Yksi haastateltu pohti voiko päihderiippuvuutta ja masennusta luonnehtia sairauksiksi. Hän totesi niiden olevan vikoja, jotka voivat löytyä jopa geneeistä, mutta sairauksiksi hän ei niitä aluksi mieltänyt. Haastateltujen kertomukset itsestään epäonnistujina ja pettymyksen tuottajina sekä sairaina kuvaavat ehkä ajatusmaailmaa viallisista ihmisistä. Myös ennen diagnoosin saamista tiedettiin, että ”minussa on jotain vialla”, mutta ongelmaa ei vielä siinä vaiheessa osattu nimetä.

”En tiedä onko päihdeongelma sairaus.. Joku virhe niissä ihmisissä on. En tiedä onko se geneeissä vai missä se vika on. Se on sellanen rakennevika. .. Tommonen pidempiaikainen masennuskin niin eiköhän sekin oo vaan vika.” (Mies)

Joissain haastatteluissa korostui päihdeongelmaisen identiteetti. Osalla taas mielenterveyshäiriöisen identiteetti oli vahvempi. Jommankumman identiteetin muodostuminen riippui hyvin pitkälle sairauksien vakavuudesta; ne, joilla oli hankalampia psyykkisiä ongelmia ja oireita, kokivat itsensä enemmän mielenterveyshäiriöisiksi kuin ne, jotka kamppailivat enemmän päihdeongelman kanssa. Molempien ongelmien ja häiriöiden olemassaolo kyllä tunnistettiin, mutta erityisesti päihdeongelmaisen identiteetin omaksuvat korostivat päihderiippuvuuden vakavuutta ja raitistumisen hankaluutta sekä päihteistä seuranneita ongelmia. Myös hoitopiirin henkilökunta luokitteli kaksoisdiagnosoituja jompaankumpaan sairausryhmään ja hoidon saaminen hankaloitui jos molempien sairauksien olemassaolo tiedettiin – mielenterveyshoitoa oli hankala saada jos käytti päihteitä ja päihdepuolella mielenterveysasiat sivuutettiin. Sairaana identiteetinkin sekä sairauksien täyden ymmärtämisen kannalta integroitu hoitomalli olisi kannattava.

”Mä olin kyllästynyt yrittää raitistua, olin kyllästynyt epäonnistumiseen. Sit mä ajattelin, et nostan itteeni nyt käyttäjänä, et mä olen niinku nisti ja ylpee siitä. Mä aion nyt vaan käyttää, koska onnistun siinä.” (Nainen)

”Hoidon saamisessa on ollu ongelma, et mua on aina kohdeltu päihdeongelmaisena. Ja oon pitänyt itseäniikin aika vain ja ainoastaan päihdeongelmaisena.” (Nainen)

5.3 Sairauden psykososiaaliset merkitykset

5.3.1 Arki

Muutamalla haastatellulla oli hankaluuksia normaaleissa arkeen liittyvissä asioissa. Siivous, ruokahuolto, laskujen maksaminen ja asioiminen virastoissa oli vaikeaa ja tällaiset taidot tuli opetella ikään kuin uutena kuntoutumisen yhteydessä. Haastatellut tarvitsivat apua kyseisten asioiden hoitamisessa ja tunsivat avuttomuutta. Suurimpia vaikeuksia kyseisissä taidoissa oli pitkään huumeita käyttäneillä. Lähes jokaisella haastatellulla oli ollut myös sairauden oireiden vuoksi hankaluuksia suoriutua arjen

askareista. Sairaudesta johtuva uupuminen ja väsymys, masentuneisuus ja jatkuva tunnemyllerrys aiheuttivat sen, ettei arkisista toimista oltu kovin kiinnostuneita tai niitä ei pidetty tärkeinä. Kuntoutuksen aikana haastatellut kuitenkin kokivat ylpeyttä jaksessaan laittaa kotiaan kuntoon ja käydessään asioilla kodin ulkopuolella.

”Kun mun mies kuoli niin mun piti opetella murrosikäisten juttuja. Se oli aina avannu mun kirjeet, maksanu laskut, huolehtinu kaikesta. Kun se kuoli niin mä olin ihan avuton. Muistan kunmenin Kelaan niin se muija autto mua siellä täyttämään ne paperit. En mä osannu mitään.” (Nainen)

Yksi tärkeä arkeen liittyvä asia on vapaa-aika. Päähteet olivat vieneet suurimman osan haastateltujen vapaa-ajasta eikä siihen sisältynyt juuri mitään muuta mielekästä tekemistä. Vain harva puhui harrastuksista tai ystävien tapaamisesta vapaa-ajalla. Usein sen sijaan mainittiin baareissa ja kapakoissa ajan viettäminen. Haastatellut kokivat kuntoutuksen aikana haastavana täyttää tyhjiö vapaa-ajassa, kun siihen ei kuulunutkaan enää päähteet. Haastateltujen tuli löytää uusia toimintamalleja ja paikkoja minne mennä sekä uusia reittejä kävellä töistä kotiin ettei matkan varrelle osuisi kapakoita.

”Mä olin viettäny vapaa-aikani baareissa. Päähteettömänä mun piti keksiä siihen tilalle jotain muuta, täyttää se tyhjiö.” (Nainen)

5.3.2 Hallinta, kontrolli

Tutkimustulokseni on hallinnan ja kontrollin suhteen samansuuntainen kuin aiemmin esitellyssä australialaistutkimuksessa, jossa myös kontrolli esiintyi vahvasti sairauden merkityksissä (ks. Edward & Robins 2012). Edwardin & Robinsin tutkimuksessa kontrollin menettäminen päihteiden käytön suhteen sekä itsehillinnän ja mielenterveyden häiriön hallitsemattomuus korostuivat.

Tutkimuksessani sairauden päihdeongelmapuolta yritettiin hallita ja kontrolloida jopa epätoivoisesti. Kulissien ylläpito näyttäytyi tärkeänä, koska ulkopuolisille ei mielellään näytetty ongelman olemassaoloa. Haastatellut tavallaan kielsivät myös oman ongelmansa, koska luulivat pystyvänsä kontrolloimaan päihteiden käyttöönsä. Tapoja

hallinnalle ja kontrollille oli monenlaisia. Yksi haastateltu kontrolloi tarkasti baariin menoaikaansa, jottei vaikuttaisi epätoivoiselta. Yksi peitteli päihdeongelmaansa käymällä koulussa ja pitämällä siellä kulissit yllä, mutta opettaja olikin huomannut päihdeongelman olemassaolon jo ensimmäisinä päivinä. Kulissien ylläpitämiseksi yritettiin kovasti tehdä asioita, jottei sisäinen paha olo näyttäytyisi ulospäin. Se naamioitiin ja piilotettiin sisälle ja paha oloa paettiin jatkuvaan tekemiseen. Tästä syystä sairaus saattoi tulla yllätyksenä läheisille, mutta useimmiten kulissit eivät olleet peittäneet kaikkea ja läheisten huoli oli alkanut jo ennen diagnoosin saamista.

”Se vanha sanonta, et juopoksi tulee vaan juomalla päti kyl ite omalla kohalla. Mut kuitenkin mä halusin säilyttää kontrollin koko ajan. Se oli aina 22.37 kun saavuin kapakkaan, koska mä koin, että sillon mä en oo niin epätoivoisen oloinen, et mä tulen ihan reippaasti vaan iltaa viettämään.” (Mies)

”Me kusetetaan itseämme ja kuvitellaan ettei kukaan tiedä mitään. Ja sit toinen olikin heti nähnyt et mulla on ongelma.” (Nainen)

”Ei se ulkoinen toiminta oikein vastannut sisäisiä ajatuksia. Et ei kukaan niinku osannut aavistaa, et mä voin tavallaan niin pahoin koko ajan ja että se jatkuva tekeminen toi sillä tavalla helpotusta, et mä yritin juosta pakoon mun omia ajatuksia.” (Mies)

Vasta hallinnan karattua käsistä, ongelma tunnistettiin joko omasta tai muiden puolesta ja siihen haettiin apua. Hallinta menetettiin usein alkoholin käytön suhteen, mutta myös mielenterveyden häiriön oireiden hallitsemattomuus aiheutti avun hakemisen aloitteen. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä maniavaiheen hyvin hallitsematon elämäntyyli ja impulssien mukaan toimiminen sekä skitsofreniaan liittyvät harhat aiheuttivat pelkoa ja hallinnan menettämisen tunnetta. Lievemmissä, ei-psykoottisissa sairauksissa hallinnan menettäminen kosketti kuitenkin päihteiden käyttöä. Tunne hallitsemattomuudesta, siitä, etten ole oman itseni herra, oli osasyynä sille, ettei enää oikein tuntenut itseään. Haastatellut eivät ymmärtäneet, miksi käyttäydyn näin ja mitä minulle on tapahtumassa. Tällainen muutos- tai rajavaihe voi olla hyvin stressaava ja pelottava, koska koko elämä tuntuu musertuvan tietoisuuteen tulevan ongelman vuoksi.

”Sit mä en saanu sitä juomista poikki. Mä en pystyny menee kotiin, mä en pystyny oleen koulussa, mä en pystyny olla muualla ku baarissa.” (Nainen)

5.4 Sairauden sosiaaliset merkitykset

5.4.1 Sosiaaliset suhteet ja ympäristö

Kolmessa haastattelussa haastateltavat olivat eläneet sairautensa kanssa hyvin vaarallisessa ja turvattomassa sosiaalisessa ympäristössä. Kaksi liittyi hyvin vahvasti huumeliigaan ja jengielämään, jossa vallitsi ikään kuin erilaiset lait kuin normaalissa ja turvallisessa sosiaalisessa ympäristössä. Huumemaailmassa sai koko ajan olla varuillaan ja ihmiset käyttivät toisiaan silmittömästi hyväkseen. Yksi haastateltava kertoi lähteneensä mukaan strippausbisnekseen, koska tunsikin oman tuskansa pienempänä kovemmassa ja hurjemmassa strippausmaailmassa.

”Ei mulla oo muuta vaihtoehtoo, ku vetää kamaa, myydä aineita, tehdä rikoksia.. Ei mulla oo mitään muuta elämässä. Mä kuulun tohon huumeliigaan, oon kuulunu jotain 20 vuotta johonkin liigaan, et.. Se on mun juttu.” (Mies)

”Kun mun mies myi aineita ja se eli tosi rankkaa elämää, et siihen kuului ihan aseita ja kaikkee, et siihen maailmaan ei lapset enää kuulunu. Kun se kiristi velkoja niin meillä saatettiin pitää vessassa penkissä jotain tyyppiä..” (Nainen)

”Mä lähin strippaamaan. Menin vielä semmoseen kovempaan ja hurjempaan maailmaan niin se mun sisäinen tuska tavallaan pieneni niinku siinä sivussa.” (Nainen)

Haastatellut olivat hyvin yksinäisiä ihmisiä ja ystävistä ei ollut juurikaan mainintoja. Muutamat olivat tekemisissä sukulaistensa kanssa, mutta tärkein sosiaalinen elämä heillä oli kuitenkin baareissa. Juomakavereista oli useampia mainintoja ja se, että ihmisille pääsi puhumaan juomisen ohessa, koettiin tärkeänä. Vieroittautumisessa oli hankalaa kun joutui jättämään baariporukat taakseen ja etsimään uusia keskustelutovereita.

”Mä oon aika ulospäinsuuntautunut ihminen ja juomisen ohessa sai aika paljon tuttuja ja ystäviä. Vaikein asia alkoholista vieroittautumisessa oli juuri se, että se sosiaalinen puoli jäi täysin taakse ja mä jäin niin kun yksin. Sitte kotona omien ajatuksien kanssa niin se oli vähä karua aikaa.” (Mies)

”Jos mä otan alkoholia ja meen baariin niin mulla saattaa olla siellä jopa ihmisiä, joiden kanssa mä niinku keskustelen ja on sosiaalista elämää ympärillä. Se on mulle aika tärkeä syy alkaa juomaan.. Et mä pääsen niinku keskustelemaan ihmisten kanssa.” (Mies)

Sairaus aiheutti haastateltujen lähipiirissä hämmennystä ja pelkoa sekä pettymystä. Useat haastatellut olivat menettäneet läheisensä sairauden vuoksi. Läheisten asenne saattoi myös olla osasyynä välien kiristymiseen. Alla olevassa sitaatissa haastatellun isä oli todennut menettäneensä esikoispoikansa päihteille. Tällainen toteamus saattaa hankaloittaa sairaudesta kärsivän tunteita, koska hän voi kokea pettäneensä perheensä vaikka syy ei olisikaan ehkä hänen. Yhdessä tapauksessa haastatellun aviomies pahoinpiteli haastateltua sairauden oireiden vuoksi. Aviomies oli hämillään vaimolleen tapahtuneista muutoksista ja sairaudesta johtuvista harhoista ja yritti väkivallalla käsitellä asiaa. Sairauden hoidossa tuntuisi siis tärkeältä ottaa mukaan myös läheiset, koska heidänkin epätietoisuutensa ja ennakkoluulonsa voivat aiheuttaa sairaalle ongelmia kotona. Sosiaalisen ympäristön antama tuki olisi sairaudesta parantuvalle tärkeää, mutta ikävä kyllä vain muutamissa haastatteluissa läheiset olivat olleet sairaan kuntoutumisessa mukana.

”Muistaakseni isäni on jopa joskus todennut, että kyllä me ollaan taidettu menettää tuo meidän esikoispoika.” (Mies)

”Aina kun tulin kotiin mun karkailureissuilta, joille olin lähtenyt harhojen takia, niin olin ihan mullassa ja likainen. Sit mun mies vaan hakkas mua, ku se ei kestänyt sitä mitään mulle niinku tapahtuu.” (Nainen)

”Mutsi yritti loppuun asti vielä auttaa mua, mut se meni siihen et mä tarvitsin aina rahaa. Se katkas välit sit kokonaan, et sen mielestä oli parempi ettei me olla enää yhteyksissä.” (Nainen)

Yksi haastateltu kertoi olevansa aivan yksin. Hänellä ei ollut sukulaisia ja entinen aviomies ja lapset asuivat ulkomailla. Sairauden kanssa kamppaileminen oli haastatellulle erittäin raskasta, koska ympärillä ei ollut ketään ihmistä, kehen tukeutua. Tästä syystä sairauden tunnistaminen ja avun hakeminen oli tässä tilanteessa hitaampaa ja raskaampaa, koska haastatellulla ei ollut ketään, kehen peilata tunteitaan ja ajatuksiaan.

”Mä olin niin yksin, koska ei mulla ollu sukulaisia eikä mitään. Ehkä monilla on sit vanhemmat ja sisarukset kehen voi tukeutua. Mut aattelee, et mäki olin siinä et mulla ei oo ketään.” (Nainen)

Naispuolisten haastateltujen tarinoissa puhuttiin paljon lapsista ja lasten menettämisestä. Lastensuojelu oli ollut mukana muutamien elämässä tukemassa lapsiperheen arkea, mutta kahdella kolmesta lapset oli lopulta huostaanotettu ja sijoitettu. Haastatellut puhuivat paljon siitä lastensa menettämisen pelosta, joka heidän elämäänsä varjosti päihteitä käytettäessä. Lapset toivat iloa ja onnea muuten niin harmaaseen elämään ja heidän menettämisensä oli haastateltujen painajainen. Päihteiden käyttö ajautui kuitenkin lopulta niin pahaksi, ettei lapsilla olisi ollut turvallista elää äitinsä kanssa ja huostaanotto nähtiin lasten kannalta hyvänäkin ratkaisuna. Yksi haastatelluista ei pitänyt yhteyttä ollenkaan lapsiinsa, yksi oli löytänyt yhteyden poikaansa vasta vuosien jälkeen ja yksi sai pitää lapsensa yhteishuoltajuudessa lasten isän kanssa.

”Mun kaikilta kavereilta huostaanotettiin lapset, ihan peräjälkeen. Mä jotenkin tajusin, et se tulee olemaan mun tulevaisuutta. Et ehkä multa viedään vielä niinku lapsi.” (Nainen)

”Lupasin tyköille, et kun muutetaan uuteen kämppään niin siellä ei sit juoda. Mut se lupaus ei ihan onnistunut. Pian tajusin et pakko tehdä jotain. Tai jos en tee niin ensin lähtee tytöt, sitten lähtee järki ja sit lähtee henki.” (Nainen)

”Mä kärehdin lastensuojelulle, et vaikka yritin olla päivisin juomatta, mut sit join kuitenkin, kun välillä meni vähän överiksi. Niin sit mun lapset kiireellisesti huostaanotettiin.” (Nainen)

Vertaistuellalla oli tärkeä rooli kuntoutuksessa olevien kaksoisdiagnoitujen elämässä. Usein vertaistukea haettiin raittiuteen, mutta myös mielenterveyden häiriöön kaivattiin vertaistukea. Kun nähtiin, että muillakin on samanlaisia ongelmia, omat huolet ja murheet eivät enää tuntuneet niin raskailta. Aiemmat turvattomat ja pysymättömät ihmissuhteet eivät olleet tuoneet haastateltujen elämään mitään syvempää tukea vaan olivat vaan baarituttuja, joiden kanssa saattoi puhua juomisen ohessa. Vertaistuki oli syvempää, luottamukseen perustuvaa keskustelua ja sen avulla pystyi löytämään uudenlaisia merkityksiä sairaudestaan ja itsestään. Kaikilla haastatelluilla ei kuitenkaan ollut hinkua osallistua esimerkiksi AA-ryhmän tapaamisiin, koska ei kokenut luontevana puhua asioistaan ryhmässä. Jotkut taas kokivat olevansa hyvin vahvasti AA/NA:laisia ja noudattivat ryhmän periaatteita tarkasti.

”Vertaisryhmät oli mulle tosi tärkeitä, koska olin aiemmin pyöriny vaan päihdepiireissä. Mä sain siihen psyykkiseen puoleen tukea, et hei nää on ihan samanlaisia kuin mä.” (Nainen)

Myös Hawkins ym. (2007) olivat tutkimuksessaan saaneet sosiaalisten suhteiden osalta samankaltaisia tuloksia. Välit läheisiin ja ystäviin olivat tulehtuneet sairaudesta johtuneen vaativuuden ja väkivaltaisuuden vuoksi. Tutkimukseen osallistuneet olivat etäännyneet läheisistään ja toisaalta läheiset olivat ottaneet heihin etäisyyttä sairauden vuoksi. Sosiaalisten suhteiden tärkeys kuntoutusprosessissa oli tutkimuksessa myös tunnistettu, mutta vanhojen suhteiden elvyttämisellä ei pakosti ole positiivisia vaikutuksia jos suhteet itsessään ovat olleet henkilölle vahingollisia. Tutkimuksessani vertaistuellalla näkyi olevan suuri merkitys kuntoutumiselle ja tämän kaltaisten uusien sosiaalisten suhteiden solmiminen on varmasti tärkeää kaksoisdiagnoitulle kuntoutujalle.

5.4.2 Sosiaaliset ongelmat

Kaksi haastatelluista oli ollut vankilassa. Molemmilla oli ongelmia huumeiden kanssa ja tehdyt rikokset liittyivät huumeisiin tai huumemaailman aiheuttamiin väkivaltarikoksiin. Toisella haastatellulla vankilakierre jäi päälle ja vankilatuomioita oli kertynyt lähemmäs kaksikymmentä. Näin monen tuomion jälkeen sopeutuminen yhteiskuntaan ja sen normeihin voi olla hyvin haastavaa. Koska haastateltu oli tienannut elantonsa huumebisneksellä, tuntui siitä eroon pääseminen olevan erityisen hankalaa. Myös suuri kontaktien joukko huumemaailmassa vaikeutti raitistumista, koska häneen luotettiin ja hänen palveluksiaan kaivattiin.

”Sit mulla meni 1986–2000 niin, että olin joka vuosi vankilassa. Et mä tein sitä samaa rundii; mulla oli ryöstöjä ja puukotuksia. Suojelin itteeni, velkojen perijää ja tommosta. 1999 olin Sörkässä niin mä siellä pyöritin sellasta isoo huumekauppaa.” (Mies)

Työttömyys ja työkyvyttömyys olivat koskettaneet jokaista haastateltavaa. Osalla ei ollut työkokemusta tai työkokeiluissa oli epäonnistuttu. Osalla taas oli pidempikin työura takanaan. Päihdeongelma ja päihteiden käytöstä aiheutuneet mielenterveysongelmat pakottivat työtä tekeviä jäämään sairauslomalle tai pois töistä. Jotkut olivat päässeet eläkkeelle työkyvyttömyytensä vuoksi, joka toi tavallaan rahallista turvaa. Toiset yrittivät kovasti opiskella ja tehdä töitä, mutta se oli hankalaa vaikean päihdeongelman ja esimerkiksi paniikkioireilun vuoksi. Osalla haastatelluista oli tavoitteita ja intohimoa työtä ja opinnoista valmistumista kohtaan ja se saattoi kuormittaa haastateltuja hieman liikaa. Pelko epäonnistumisesta oli taustalla myös opinnoissa, koska epätoivon hetkinä ajateltiin, ettei opinnoista ikinä selvitä. Valmistuminen ammattiin koettiin kuitenkin tärkeäksi ja opinnot pitivät haastateltuja kiinni arkielämässä.

”Mä yritin kursseille välillä, ei onnistunu. Välillä olin työkokeilussa, kenkää tuli joka paikasta ja sit mä pääsin eläkkeelle. .. Musta tuntu sillon, et tää on hyvä juttu. Ettei mulla ollu vaihtoehtoja niinku. Mä olin tosi huonossa kunnossa.” (Mies)

”Mulla oli tosi kostee kesäloma ja en pystynyt sit enää palaamaan töihin. Sit jäin pitkälle sairauslomalle.” (Nainen)

Raha-asiat stressasivat haastateltuja hyvin paljon. Sosiaalityöllä näyttäytyi olevan taloudellisen tuen rooli joidenkin haastateltujen kohdalla, mutta usein taloudellista apua pyydettiin läheisiltä. Rahan pyytäminen kiristi välejä haastateltujen ja läheisten välillä ja haastatellut kokivat häpeällisenä sen, että aina tarvitsee lainata rahaa. Luottotiedot oli menetetty ja velkaantuminen oli ongelmallista. Joskus kodista piti myydä kaikki huonekalut ja elektroniikka, että rahat riittivät huumeannoksiin ja velkojen maksamiseen. Rahattomana huumeannoksia kustannettiin jopa seksillä tai muilla kyseenalaisilla tavoilla. Päihteet veivät suurimman osan rahoista ja joissain tapauksissa mielenterveydenhäiriöstä johtuvat impulsiiviset menot hankaloittivat taloudellista tilannetta. Rahattomuuden vuoksi muutamilla haastatelluilla oli myös asunnottomuuden uhka.

”Raha-asiat on äärimmäisen stressaavia että nytkin on epävarmaa onko mulla enää asuntoa elokuussa jos sosiaalitoimisto ei maksa koko vuokraa harkinnanvaraisena.” (Mies)

”Meillä oli talous kaatunu edellisenä talvena et luottotiedot oli menny ja asunnon velkaerät oli pahasti jäljessä.” (Nainen)

”Mä menin niinku saunomaan jätkien luo ja sekoilin niiden kanssa et sain mukaani sit aineita.” (Nainen)

5.4.3 Suhde yhteiskuntaan

Moni haastateltu totesi hoitoon ja rahan saamiseen liittyvän byrokratian olevan hyvin uuvuttavaa. Useimmissa tapauksissa byrokratia ja paperien pyöritys liitettiin KELA:an ja sosiaalitoimistoon. Se, että omat asiat ja elämä oli tavallaan muiden päätettävissä, tuntui pahalta. Kyse oli haastatelluille tärkeistä asioista, kuten asunnon pitämisestä tai kuntoutustuelle pääsemisestä ja päätösvalta oli muilla kuin itsellä. Kun päätös ei miellyttänyt tai ollut suunnitelmien mukainen, tunteet nousivat pintaan. Päihde- ja

mielenterveyshoidon järjestäminen ja virastoissa asioiminen olisi nähty helpompana, jos palvelut olisi saatu saman katon alta. Pirstaloitunut järjestelmä ja palveluviidakossa tarpominen oli uuvuttanut ja siihen oli kyllästytty. Aina vaadittiin omaa jaksamista ja viitsimistä, että asiat etenivät, mutta haastatellut painottivat, ettei sairaana ole aina voimia vaatia palvelua.

”Se paperipyöritys on aivan järjetöntä. Ja siinä uupuu tosiaan, että eikö tästä nyt tuu mitään, koko ajan jännittää. Asiat on poissa omista käsistä.” (Mies)

Sosiaalinen eristäytyminen esiintyi useimmissa haastatteluissa, mutta syrjäytymisestä puhuttiin harvoin. Syrjäytynyt on käsitteenä ehkä liian leimaava, jotta sitä haluaisi itsestään käyttää. Syrjäytymisen merkkejä oli kyllä useimmissa haastatteluissa, koska hankalien sairauden oireiden vuoksi palvelujen piiristä pudottiin pois tai niitä ei haettu ollenkaan. Useat eristäytyivät yksin kotiin jos olo oli hankala. Hoitoon hakeutuminen tai avun pyytäminen vaati jaksamista ja uskallusta, mutta ihmisiä pelättiin ja kotoa oli vaikeaa poistua. Neljän seinän sisään jääminen oli huomattavan suuri ongelma melkein jokaisella haastatellulla, koska yksin ajatusten kanssa jääminen vain hankaloitti mielenterveysongelmien oireilua sekä lisäsi päihteiden käyttöä. Stigma esiintyi myös muutamassa haastattelussa. Pelko hulluksi tai juopoksi leimaamisesta vaikeutti asioiden hoitoa tai sosiaalisten suhteiden solmimista. Yksi erittäin hankalasti oireileva haastateltu totesi kauniisti toiveensa siitä, että jonain päivänä hän olisi tämän yhteiskunnan jäsen, mutta ei mikään suuri ihminen, vaan yksi muurahainen siinä kasassa. Se toive varmasti kaikilla yhteiskunnan laidoille tai ulkopuolelle jääneillä on – se, että olisi osa suurempaa kokonaisuutta, että kuuluisi johonkin.

”Ja siinä niinku syrjäyty aika huolella. Mä pelkäsin kaikkia ihmisiä, mä en halunnu mennä minnekkään mis on ihmisii. Me asuttiin pimees kämpäs aina verhot vedettynä kiinni, yötä päivää, vuodesta toiseen.” (Nainen)

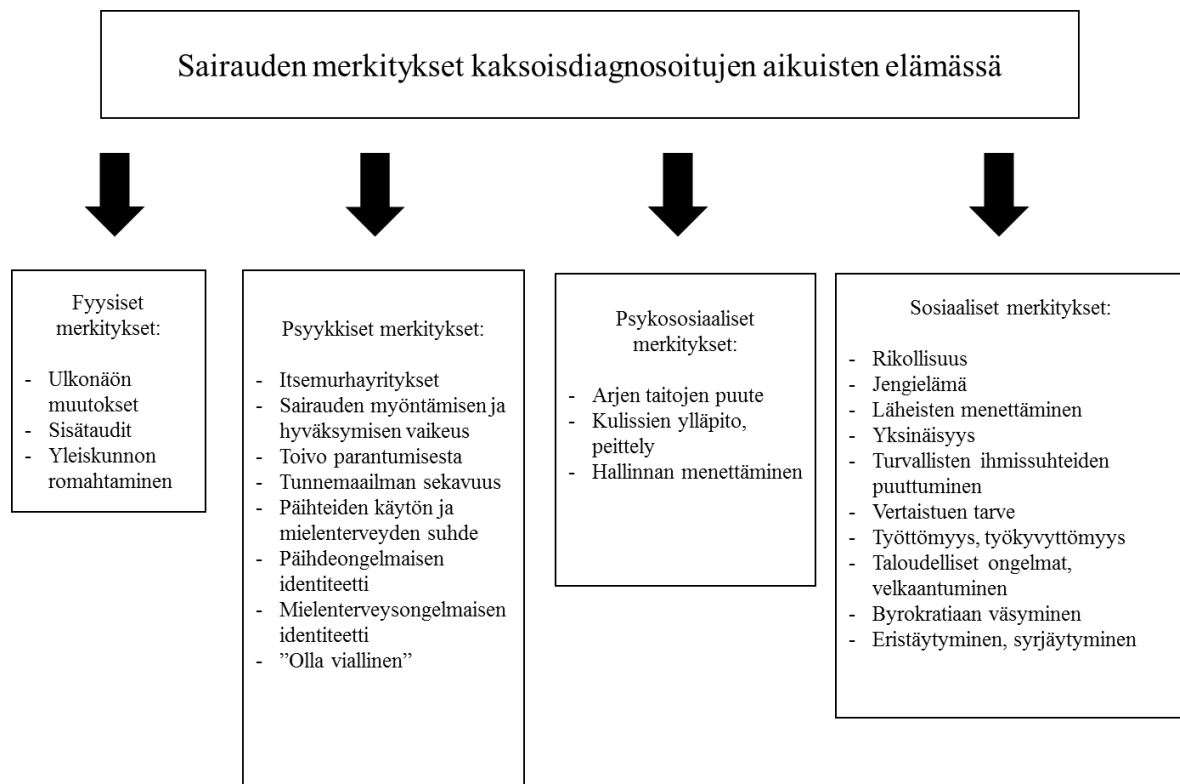
”Varmaan se pelko siitä et tulee leimatuks hulluksi oli niin vahva silloin vaikeimpina vuosina.” (Nainen)

”Toipuminen on mulle myöskin sitä, et mä toivon et vois joku päivä elää haavettani ja olla niinku tän yhteiskunnan jäsen. Jos saisin tehdä vähän töitäkin. Et mä en halua olla

mikään suuri ihminen, vaan pieni ihminen kuitenkin. Niinku yks muurahainen siinä kasassa.” (Nainen)

Tutkimustulokseni noudattavat samaa linjaa kuin aiemmat stigmatutkimukset (ks. Link ym. 1997). Kaksoisdiagnosoidut eivät välttämättä ole stigmasoituja, mutta heillä on pelko siitä ja se vaikeuttaa arjessa toimimista ja alentaa itseluottamusta. Esimerkiksi työnhaku ja sosiaalisten suhteiden solmiminen voi olla hankalaa, koska pelko leimatuksi tulemisesta on niin vahva kuten tutkimukseni myös osoittaa.

5.5 Yhteenveto sairauden merkityksistä kaksoisdiagnosoitujen aikuisten elämässä



Kuvio 2: Yhteenveto sairauden merkityksistä kaksoisdiagnosoitujen aikuisten elämässä

Olen laatinut tutkimustulosten yhteenvedoksi ylläolevan kuvion (Kuvio 2). Psyykkiset ja sosiaaliset merkitykset näyttäytyvät suurimpina sairauden merkitysten ryhminä

kaksoisdiagnosoitujen aikuisten elämässä. Sekä psyykkiset että sosiaaliset merkitykset sisälsivät erittäin laajan kirjon erilaisia merkitysryhmiä sekä yksittäisiä merkityksiä. Sairauden fyysiset merkitykset olivat tutkimukseni mukaan vähiten merkityksellinen ryhmä. Psykososiaalisista merkityksistä arkeen liittyvät merkitykset olivat vaikuttavimpia ja tietysti arkea hankaloittavimpia. Psykososiaalisten merkitysten ryhmä jäi kuitenkin melko pieneksi.

6 POHDINTA

Kaksoisdiagnosoitujen asema palvelujärjestelmässä on heikko kahden samanaikaisen sairauden vuoksi. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat edelleen suurimmaksi osaksi erillisiä ja se aiheuttaa hankaluuksia niin asiakkaan hoidon kuin moniammatillisen yhteistyönkin suhteen. Asiakas joutuu käymään monissa eri hoitopaikoissa, poliklinikoilla sekä virastoissa, koska palveluja ei ole tarjolla integroidusti tai saman katon alla. Haasteen aiheuttaa myös se, ettei mielenterveyspalvelujen saanti ole taattua jos asiakkaalla on lisäksi päihdeongelma ja toisin päin. Integroidun hoidon tärkeys on tutkitusti todistettu, koska yksitellen sairauksien hoito ei onnistu niiden toisiinsa vaikuttavan suhteen vuoksi. Myös omassa tutkimuksessani haastatellut korostivat paljon mielialan ja päihteiden käytön suhdetta, joka näyttäytyi erittäin ongelmallisena. Päihteiden käyttö hankaloitti mielenterveyshäiriön oireita ja mielenterveyshäiriön oireet ajoivat haastateltuja päihteiden käyttöön itselääkinnällisesti. Haastatellut kuitenkin kokivat, ettei hoidon saanti ole koskaan varmaa ja he olivat peloissaan siitä, koska ensimmäisen kerran hoito evätäänkin jo liian monien epäonnistuneiden hoitojen vuoksi. Suomen hoitojärjestelmä ei siis tue ja jouta näin hankalissa sairaustapauksissa niin kuin sen tulisi. Lyhyillä hoitojaksoilla ei päästä haluttuun lopputulokseen vaan sillä saadaan asiakas vain hetkellisesti toimintakykyiseksi. Lisäksi hoitojakson jälkeen jotkut kokivat jääneen vaille hoitosuhdetta ja sen myötä saatavaa tukea. Syvällä olevat ongelmat ja syyt päihteiden käyttöön ja kehittyneeseen mielenterveysongelmaan jää selvittämättä ja se aiheuttaa asiakkaille ahdistusta ja yleistä tuskaa.

Kaksoisdiagnosoitujen laitostuntoutukset oli kustannettu sosiaalitoimen maksusitoumuksilla. Maksusitoumukset olivat kuitenkin vain lyhyille kuntoutusjaksoille. Resurssipula on puhuttanut jo kauan sosiaalityössä ja se rajoittaa sosiaalitoimen toimintamahdollisuuksia. Eniten resurssipulasta kärsivät juuri pitkäaikaista laitostuntoutusta vaativat moniongelmaiset asiakkaat. Sosiaalityön roolista kaksoisdiagnosoitujen hoidossa puhuttiin vain vähän tutkimusaineistossani. Lähinnä rooli oli taloudellinen maksusitoumusten ja toimeentulotuen myötä. Pitkästä asiakastyöskentelystä, kuntoutussuunnitelmista tai sosiaalityön interventioista ei ollut mainintoja. Ainoat perheisiin tehdyt interventiot olivat lastensuojelun puolesta. Voisi siis olettaa, ettei sosiaalityöllä ole ollut asiakkaiden kuntoutuksen suhteen muuta kuin

maksajan rooli. Ehkä sosiaalityön tiiviimmällä yhteistyöllä kaksoisdiagnosoitujen hoidossa voisi olla silmiä avaava ja kaksoisdiagnosoitujen asemaa kohottava vaikutus kun pitkäaikaisen laitoshoidon tarve nähdään ja ymmärretään.

Myös Frankenhaeuser Beata (2014) kertoi sosiaalityöntekijän vähäisestä arvostuksesta psykiatrisessa hoidossa. Lääketieteellisen ajattelutavan omaavat kollegat eivät ehkä ymmärrä ihmisen sosiaalisen merkitystä ja siitä syystä se jääkin usein vähälle huomiolle. Frankenhaeuser nosti esiin sosiaalityöntekijöiden erityisosaamisen ihmisen kokonaisvaltaisen tilanteen arvioinnissa ja tukemisessa, jota psykiatrisessa hoidossa tulisi korostaa. Mielenterveysongelmat nähdään usein liian kapeasti vain aivoihin ja aivokemiaan liittyvinä. Jos asiakkaan elämäntilanne on kaoottinen ja sosiaalinen puoli jätetään vaille huomiota, voi mielenterveydelle tärkeä asia jäädä huomaamatta ja asiakasta voidaan jopa hoitaa väärin perustein. Sosiaalityöntekijöiden tulisi ottaa näkyvämpi rooli niin psykiatrisessa kuin päihdepsykiatrisessakin hoidossa. Moniammatillisissa tiimeissä tulisi korostaa sosiaalityöntekijän erityisosaamista, löytää asiakkaan tilanteesta mahdollisia sosiaalisia ongelmia ja tuoda esiin asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanne. Avain muutokseen on sosiaalityöntekijöissä itsessään – ilman ääneen sanomista ja ajatusten esiintuomista ei tilanne muutu. Terveystieteiden huollon henkilökunnassa on hierarkia, johon kuuluu ylimpänä johtava lääkäri ja alhaisimpana sairaanhoitajat tai lähihoitajat. Myös psykologit ovat osa tuota hierarkiaa terveydenhuollon ammattilaisina. Sosiaalityöntekijä jätetään usein tuon portaikon ulkopuolelle, koska hän ei ole terveydenhuollon ammattilainen. Moniammatillisuuden tarve on kuitenkin huomattavissa, koska ihmiset voivat nykyaikana yhä huonommin. Voidaan kysyä, ovatko ongelmat lääketieteellisiä vai voisivatko ne johtua sosiaalisista oloista tai jopa rakenteellisista ongelmista yhteiskunnassamme? Kuka muukaan olisi oivallisempi ammattilainen vastaamaan nyky-yhteiskunnan aiheuttamiin sosiaalisiin ongelmiin ja niistä aiheutuneisiin mielenterveys- ja päihdeongelmiin kuin sosiaalityön ammattilainen.

Esittelin tutkielmassani holistisen ja systemaattisen ihmiskäsityksen, koska kannatan ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa. Koen, että ihmisen kokonaisuuden ymmärtäminen ja jokaisen palasen hoito ja kuntoutus takaa ihmisen onnellisuuden ja hyvinvoinnin. Sairaustapauksissa kuitenkin keskitytään vain siihen palaseen, jossa sairaus ilmenee, jolloin kaikki muut palaset voivat jäädä vaille huomiota. Kaksoisdiagnosoitujen

haastatteluissa sairauden merkitykset liittyivät suurimmaksi osaksi psyykkiseen ja sosiaaliseen puoleen. Merkityksiä oli kuitenkin kaikissa palasissa, joten fyysistä ja psykososiaalista puoltakaan ei voida sivuuttaa. Kaksoisdiagnosoiduille tarjottu hoito keskittyi sen sijaan lähinnä psyykkiseen puoleen. Kokonaisvaltaisen hoidon kannalta fyysiset terveystarkastukset, sosiaalityön asiakastyöskentely sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisemiseksi sekä psykososiaalinen tuki esimerkiksi kodin hoidossa ja arjessa olisi erityisen tärkeää. Haastatteluissa esiintyi palveluista tippumista, koska yleiskunto oli niin heikko, ettei kotoa pystynyt lähtemään esimerkiksi katkolle. Myös sosiaaliset pelot ja mielenterveyshäiriön oireet hankaloittivat kotoa poistumista. Palvelujen saatavuus tulisi varmistaa myös huonokuntoisimmille asiakkaille eikä palvelupiiristä putoamista ja syrjäytymistä tulisi sallia kenenkään kohdalla. Kokonaisvaltaisen hoidon järjestäminen ja sitä kautta syntyvä asiakkaan palveluverkosto ja moniammatillinen yhteistyö antaisivat turvaa siinä tapauksessa, kun asiakas on liian huonokuntoinen lähtemään kotoa. Kotiin annettava tuki ja mahdollinen hoitopaikan järjestäminen olisi helpompaa, kun useammalla ammattilaisella olisi käsitys asiakkaan tilanteesta ja tarpeista. Toisaalta taas moniammatillisen yhteistyön ja palveluverkoston myötä vastuunottaminen ei olekaan kenenkään vastuulla. Asiakkaan vastuuhenkilön nimeäminen voisi siis olla paikallaan verkostopalaverissa.

Byrokratian ja joustamattoman palvelujärjestelmämme vuoksi kaksoisdiagnosoidut eivät siis mielestäni saa heille kuuluvaa ja sopivaa hoitoa sekä kuntoutusta hankalan, usealle eri palvelulle kuuluvan sairauden vuoksi. Jos ongelmia aiheuttaa yhteiskunta, niin aiheuttavat niitä myös yhteiskunnan jäsenet. Mielenterveysongelmien, puhumattakaan päihdeongelman, myöntäminen voi olla hyvin haastavaa niiden stigmaisuuksien vuoksi. Niistä voidaan puhua jopa tabuna, koska suomalaisessa kulttuurissa ei tällaisista asioista puhuta. Mielenterveysongelmia pidetään pelottavina, koska niistä ei tiedetä tarpeeksi. Suomessa on pitkään kutsuttu ”kylähulluiksi” ihmisiä, joilla on mielenterveydellisiä ongelmia. Jo nimitys kylähullu kuulostaa niin pelottavalta, että miksipä tuollaista ihmistä yrittäisi lähestyä tai ymmärtää. Masennus on noussut uutisotsikkoihin viime vuosina lähinnä julkkisten kautta ja siitä on opittu jo puhumaan, mutta ei tarpeeksi. Julkkisten lyhytaikaiset ”masennusjaksot”, lähinnä alakulo, ovat parantuneet muutaman viikon sairaslomalla, kun taas vaikeasti masentuneet painivat masennusoireiden kanssa jopa koko elämänsä, puhumattakaan psykoottisista sairauksista, kuten skitsofreniasta. Ihmiset vieroksuvat sitä, mitä he eivät tunne.

Mielenterveys- ja päihdeongelmista tulisi puhua siis avoimemmin esimerkiksi koulussa, jotta keskustelu siirtyisi myös koteihin. Koen, että sairastuneet kokevat häpeää, koska heitä katsotaan kummasti, heihin ei luoteta, heitä syrjitään. Muut ihmiset voivat ajatella sairauden olevan sairastuneen oma vika, vaikka todellisuudessa se on voinut syntyä pitkän, muista johtuvien ongelmien myötä tai periytyä suvussa. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisia ihmisiä pidetään heikkoina. Niin heikkoina, ettei heillä ole ollut itsehillintää sanoa ei alkoholille tai heikkoina mieleltään ja siksi ei kestänyt esimerkiksi työpaineita. Nykymaailman kiire, suoriutuminen ja valtava paine omasta tekemisestä ja ulospäin hyvältä näyttämisestä on luonut kulttuurin, jossa heikkoutta ei sallita. Heikot tippuvat pois työmarkkinoilta, heillä ei ole hienoa autoa tai omakotitaloa, jota esitellä suvulle ja naapureille. Miksipä sellaista ihmistä ymmärtämään, kun hyväosaiset ovat kaiken tällaisen yläpuolella? Niin, miksipä. Miksipä nykyaikana pitäisi olla solidaarinen, ymmärtäväinen ja toista arvostava. Sen ymmärtää vasta sitten, kun se tilanne omalle kohdalle sattuu – itselle tai läheiselle.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveydenhäiriö–kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 2007;123, 1293–1298.
- Abbey S. & Charbonneau M. & Tranulis C. & Moss P. & Baici W. & Dabby L. & Gautam M. & Paré M. 2011. Stigma and Discrimination. *The Canadian Journal of Psychiatry* 56 (10), Insert 1–9.
- Andersson C. 2003. *Hulluudestamme ja hulluudestanne*. Helsinki: Kirjapaja.
- Anttila P. 1996. *Tutkimisen taito ja tiedon hankinta*. 3. painos. Hamina: Akatiimi Oy.
- Benaiges I. & Prat G. & Adan A. 2012. Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes* 10 (106), 1–11.
- Bizzarri J. & Rucci P. & Vallotta A. & Girelli M. & Scandolari A. & Zerbetto E. & Sbrana A. & Iagher C. & Dellantonio E. 2005. Dual Diagnosis and Quality of Life in Patients in Treatment for Opioid Dependence. *Substance Use & Misuse* 40, 1765–1776.
- Corngan P. 1998. The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and behavioral practice* 5, 201–222.
- Drake E. 2007. Dual diagnosis. *Psychiatry* 6 (9), 381–384.
- Drake, R. & Mercer-McFadden, C. & Mueser K. & McHugo, G. & Bond, G. 1998. Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24 (4), 589–608.
- Drake E. & Mueser K. 2000. Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin* 26 (1), 105–118.
- Edward K. & Robins A. 2012. Dual diagnosis, as described by those who experience the disorder: Using the Internet as a source of data. *International Journal of Mental Health Nursing* 21, 550–555.
- El-Mallakh, P. 1998. Treatment Models for Clients With Co-occurring Addictive and Mental Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing* X]I (2), 71–80.
- Frankenhaeuser B. 2014. Terveyssoseaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Metteri A. & Valokivi H. & Ylinen S. (toim.) *Terveys ja soseaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 64–72.
- Green C. & Yarborough M. & Polen M. & Janoff S. & Yarborough B. 2014. Dual Recovery Among People With Serious Mental Illnesses and Substance Problems: A Qualitative Analysis. *Journal of Dual Diagnosis* 11 (1), 33–41.

- Hawkins R. & Abrams C. 2007. Disappearing acts: The social networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders. *Social Science & Medicine* 65, 2031–2042.
- Helman, C. G. 1994. *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*. 3. painos. London: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Henwood B. & Padgett D. 2007. Reevaluating the Self-Medication Hypothesis among the Dually Diagnosed. *The American Journal on Addictions* 16, 160–165.
- Hietanen P. 2013. Mistä toivoa vakavasti sairaalle? Teoksessa Pelkonen R. & Huttunen M. & Saarelma K. (toim.) *Sairaus ja toivo*. Helsinki: Duodecim, 79–91.
- Kvaternik I. & Grebenc V. 2009. The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers. *European Journal of Social Work* 12 (4), 509–521.
- Laine, T. 2015. Miten kokemusta voidaan tutkia?: Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Valli R. & Aaltola J. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 29–51.
- Lappalainen-Lehto R. & Romu M-L. & Taskinen M. 2008. *Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita*. Helsinki: WSOY.
- Lee R. & Dore G. & Juckes L. & De Regt T. & Naismith S. & Lagopoulos J. & Tickell A. & Hickie I. & Hermens D. 2015. Cognitive dysfunction and functional disability in alcohol-dependent adults with or without a comorbid affective disorder. *Cognitive Neuropsychiatry* 20 (3), 222–231.
- Link BG & Phelan JC. 2001. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 27, 363–385.
- Link B. & Struening E. & Rahav M. & Phelan J. & Nuttbrock L. 1997. On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior* 38 (June), 177–190.
- Lipowski Z.J. 1983. Psychosocial reactions to physical illness. *Can med assoc j* 128 (May 1), 1069–1072.
- MacDonald E. & Luxmoore M. & Pica S. & Tanti C. & Blackman J. & Catford N. & Stockton P. 2004. Social Networks of People with Dual Diagnosis: The Quantity and Quality of Relationships at Different Stages of Substance use Treatment. *Community Mental Health Journal* 40 (5), 451–464.
- Major B. & O'Brien L. 2005. The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.* 56, 393–421.

Manning V. & Betteridge S. & Wanigaratne S. & Best D. & Strang J. & Gossop M. 2009. Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophrenia Research* 114, 98–104.

Martino S. & Carroll K. & Kostas D. & Perkins J. & Rounsaville B. 2002. Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23, 297–308.

Mueser K. & Drake E. & Wallach M. 1998. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors* 23 (6), 717–734.

Mueser K. & Essock S. & Drake R. & Wolfe R. & Frisman L. 2000. Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis. *Schizophrenia Research* 48, 93–107.

Niemelä P. 2014. Systemaattinen ihmiskäsitys. Ihminen järjestelmänä: rakenne 3³ ja toiminta 3x3. Kuopio.

Suvisaari, J. & Perälä, J. & Viertiö, S. & Saarni, S. & Tuulio-Henriksson, A. & Partti, K. & Saarni, S. & Suokas, J. & Lönnqvist J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 67 (9), 677–683.

Peretz, D. 1970. Development, Object-Relationships, and Loss. Teoksessa Bernard Schoenberg & Arthur C. Carr & David Peretz & Austin H. Kutscher (ed.) *Loss and Grief: Psychological Management in Medical Practice*. New York: Columbia University Press. 3–19.

Pietikäinen, P. 2013. Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus.

Pirkola, S. & Isometsä, E. & Suvisaari, J. & Aro, H. & Joukamaa, M. & Koskinen, S. & Aromaa, A. & Lönnqvist, J. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 1–10.

Porter, R. (toim.) 1991. *The Faber Book of Madness*. Lontoo: Faber & Faber.

Rauhala L. 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS ym. 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264, 2511–2518.

Reedy A. & Kobayashi R. 2012. Substance Use and Mental Health Disorders: Why Do Some People Suffer From Both?, *Social Work in Mental Health*, 10 (6), 496–517.

Ryynänen, U. 2005. Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja. *Yhteiskuntatieteet* 119.

Toombs, S. K. 1992. *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Yang L. & Kleinman A. & Link B. & Phelan J. & Lee S. & Good B. 2007. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine* 64, 1524–1535.

LIITTEET

Liite 1, kutsu tutkimukseen

Kutsu tutkimukseen

Opiskelen Itä-Suomen yliopistossa, Kuopion kampuksella sosiaalityön pääaineessa ja kolmas opintovuoteni alkaa syyskuussa. Kirjoitin kandidaatintutkielmani keväällä 2014 aiheesta ”Kaksoisdiagnoosiasiakkaan sosiaalinen kuntoutus” ja olen aloittamassa syksyllä pro gradu-tutkielmaa samasta aiheesta. Tutkimuksellani etsin vastausta siihen, millaisia sosiaalisia ongelmia kaksoisdiagnoosiasiakkailta on, miten heitä sosiaalisesti kuntoutetaan ja mikä on sosiaalityön rooli kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutuksessa. Tutkimukseni tulee olemaan laadullinen ja kerään aineistoni yksilöhaastatteluin.

Haastattelun kesto on noin yksi tunti.

Toimin tutkimusta tehdessäni eettisesti ja kaikki tutkimukseni raportointi tapahtuu nimettömänä. Käytän tutkimukseeni suoria lainauksia haastatteluista, mutta niistä ei voi tunnistaa haastateltavan henkilöllisyyttä. Kaikki aineisto hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Toivoisin Sinun osallistuvan tutkimukseeni, jotta saamme uutta tietoa kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kuntoutuksesta ja miten heitä erityisesti sosiaalisesti kuntoutetaan.

Jos Sinulla on kysyttävää, ole rohkeasti yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse!

Meri Rientamo

Itä-Suomen yliopisto, sosiaalityön maisteriopiskelija

p. 0407558695

meririentamo@hotmail.com / merr@student.uef.fi

Liite 2, suostumus aineiston käyttöön

Suostumus aineiston käyttöön

Tällä suostumuksella suostun antamaan Meri Rientamon tekemän haastattelun tutkimuskäyttöön. Olen lukenut tutkimuskutsun ja hyväksyn, että sanojani voidaan suoraa lainata tutkimusraporttiin nimettömänä.

Allekirjoitus ja päivämäärä
